

※太枠内を記入してください

受付年月日	年 月 日	受付番号	
<b>試験（検査）依頼書</b>			
			年 月 日
(あて先) さいたま市 保健所長			
依頼者			
住所(〒 _____ ) さいたま市 _____ 区			
氏名又は団体名 _____			
電話 番 号 _____ ( _____ ) _____ - _____			
下記のとおり試験（検査）を依頼します。			

**記**

検体の種類 ○をつけてください	1 上水道    2 専用水道    3 簡易専用水道    4 小規模貯水槽水道
	5 井戸水    6 浄水器等を通した水    7 その他( _____ )
採水場所 依頼者住所と同じ場合は「同上」と記入してください。	(〒 _____ ) さいたま市 _____ 区 _____ [ _____ 宅]
	採水年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	消毒設備 _____ 有 ・ 無

検査結果の郵送 → 希望する ・ 希望しない	※郵送希望の場合は、返信用封筒と切手をご用意ください。
検査結果不適時の電話連絡 → 不要	
	必要 (連絡先: TEL ( _____ ) _____ - _____ / _____ 宛)

種 別	料 金	検 査 項 目 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">下欄参照</span>
一般11項目	6,090円	1~8、10~12
一般13項目	6,540円	1~13
理化学(有機溶剤3項目)※	18,500円	テトラクロロエチレン、トリクロロエチレン、1,1,1-トリクロロエタン
細菌検査2項目	2,440円	1、2
理化学検査11項目	4,100円	3~13
上水・専用水道9項目	5,760円	1~2、5~11
単項目	お問い合わせください	下欄の項目番号から選択:

※専用容器が必要です(保健所でのみ配付)。

1. 一般細菌	2. 大腸菌	3. 硝酸態窒素および亜硝酸態窒素	4. 亜硝酸態窒素	5. 塩化物イオン
6. 有機物(全有機炭素(TOC)の量)	7. pH値	8. 臭気	9. 味※	10. 色度
11. 濁度	12. アンモニア態窒素	13. 残留塩素※		

※消毒設備のある場合のみ検査可能。不適項目があった水については味の検査を行えない場合があります。

問合せ先 さいたま市保健所環境薬事課 環境衛生係 Tel:048-840-2227 Fax:048-840-2232

備考欄

受付印



領収印



受領印

