

D紫外線照射試験 依頼書兼調書

一般財団法人千葉県薬剤師会検査センター

〒260-0024 千葉市中央区中央港 1-12-11

TEL 043-242-5940, FAX 043-242-3850

(技術的なご相談については TEL 043-247-6301(検査センター3号館)へご連絡をお願い致します)

受付者

受付日: 令和 年 月 日

検体番号: D -

1. ご依頼者様

住所	〒 -	TEL :
		FAX :
会社名 (氏名)	(フリガナ)	
	(担当者名)	(E-mail)

(結果書宛名、請求先が上記依頼者と異なる場合、下表にご記入をお願いします)

	宛名	送付先	部数 [※]
結果書			
請求書			

※ 2部以上からは、1部につき1,000円(税抜)が発生します

2. 試料概要

(試料が複数の場合は、別紙にて示して頂きますようお願い致します)

試料名(水源等):	採取日、採取者:
天候:	気温、水温:
紫外線ランプ (低圧または中圧を記載選下さい):	その他

3. 試験項目

(試料が複数の場合は、別紙にて示して頂きますようお願い致します)

例1) 全項目(水道水質基準 51項目)
例2) 塩素酸、臭素酸、紫外線透過率、残留塩素等

4. 特記事項等