

D 水道用薬品の試験依頼書

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. ご要望の試験 (試験の詳細について、ご連絡させて頂く場合があります)

<input type="checkbox"/> 水道用薬品の評価試験(JWWA Z 109)
<input type="checkbox"/> 水道用粉末活性炭(JWWA K 113)
<input type="checkbox"/> 水道用粒状活性炭(JWWA A 114)
<input type="checkbox"/> 水道用次亜塩素酸ナトリウム(JWWA K 120)
<input type="checkbox"/> その他 []

3. 試料名等

別紙参照 (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:	試料の採取日、採取者:
最大注入率: mg/L	試料の製造番号(Lot. No.)等:
試料(供試品)の製造工場:	その他:

4. 試験項目

別紙参照 (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)

全項目、
一般項目(味、臭気、色度)、TOC、臭素酸、塩素酸、カドミウム、水銀、セレン、鉛、ヒ素、六価クロム、亜鉛、鉄、銅
その他 []

5. その他特記事項