

# 委 託 書

公益財団法人  
**愛媛県総合保健協会 御中**  
 TEL : 089-987-8206  
 FAX : 089-987-8256

承認 /	受付 /

令和      年      月      日      下記のとおり、試験（分析・検査）を委託します。

委託者住所	(〒      -      )		
委託者氏名 (法人名または団体名)			
担当者	TEL		FAX
報告書名義			
料金請求先		顧客コード	

※ 選択する場合は、該当するものを○で囲んでください。

委託試料の品名	* 浴槽水	受付 件数	件
	* 原湯・原水・上がり用湯及び上がり用水		
	* 冷却水・その他(      )	料金	円
委託の目的 または試験項目	< レジオネラ属菌のみ >		
	< 浴槽水4項目 >	濁度、過マンガン酸カリウム消費量 大腸菌群(平板法)、レジオネラ属菌	
	< 原水等6項目 >	色度、濁度、pH、過マンガン酸カリウム消費量、 大腸菌、レジオネラ属菌	
料金支払区分	即納      後納	受付区分	採取      回収      持込
委託試料の採取日時 及び場所	令和      年      月      日      時      分		
参考事項	[ 電話連絡 : 必要・不要 ] [ 報告書 : 郵送 (委託者住所・その他) ・手渡し ] [ シール (浴槽水のみ) : 必要・不要 ]  ※試料の持ち込みは、月曜日から木曜日までの午前8時30分~午後3時までをお願いします。		

\* 今回の試験・検査依頼にあたり、個人情報の取り扱いに同意しますか?     同意します。     同意しません。

<分析終了予定日>      月      日

報告書番号		副部長	課長		発送確認 /
報告月日	月      日				