

(別紙1) 太枠内をご記入下さい。



099-255-2850

(公社)鹿児島県薬剤師会 試験センター

### 採水容器及び検査キット貸出依頼届

- 採取予定日の7営業日以上前(土日祝を含まない)に必要な事項をご記入の上依頼届をFAXで送信してください。  
(船便をご利用の方はお早めにご連絡いただきますと幸いです。)
- 貸出依頼内容を確認後FAXにてお届け可能日をお知らせします。
- 宅配便で受取の場合は、採取予定日の3日前を目安にお届けします。
- 悪天候などお荷物の集配および宅配業者の営業状況によってはご希望に添えない場合もございます。

お名前：		依頼日	年	月	日
ご連絡先：TEL		/FAX	送信枚数	枚	
お届け先	下記のいずれかをご指定いただきますようお願い申し上げます。				
	▼宅配便での受け取りを希望			▼薬剤師会での受け取りを希望	
	<input type="checkbox"/> お勤め先 <input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 学校 ご住所：〒 (施設名)  TEL                    -                    -			<input type="checkbox"/> 試験センターで受取(受取希望日    月    日) <input type="checkbox"/> 県薬事務局で受取 (受取希望日    月    日)	

採水検査容器等	採取予定学校名	採取予定日	飲料水検査※		プール水検査※		レジオネラ検査※
			<input type="checkbox"/> 9項目 <input type="checkbox"/> 10項目	5項目	5項目+ 総トリハロメチン	ろ過濁度	
		月 日	件	件	件	件	件
		月 日	件	件	件	件	件
		月 日	件	件	件	件	件
	合計		件	件	件	件	件

環境・食品検査キット等	採取予定学校名	採取予定日	空気検査※ 物質数は高校と こども園のみ記入		ダニ検査※	ふき取り検査 <input type="checkbox"/> 一般細菌 <input type="checkbox"/> 大腸菌群	貸出依頼届 を確認しました  /                    頃に お届け・ご用意 いたします。 担当 [                    ]  月    日 返信
			( )物質	件	件	件	
		月 日	( )物質	件	件	件	
		月 日	( )物質	件	件	件	
		月 日	( )物質	件	件	件	
	合計			件	件	件	

・4校以上の場合はお手数ですがコピーした上、2枚目以降にご記入ください。

・※印については裏面の検査項目内容をご参照ください。

(特記欄)依頼届で伝達できない事項などあればご記入ください。

試験センター記入欄

	飲料水	プール水		レジオネラ		空気	ダニアレルゲン	食品
依頼書	枚	プール	枚	濁度	枚	枚	枚	枚
採水/採取要領	枚		枚		枚	枚	枚	枚
受付日程表	枚		枚		枚	枚	枚	枚

  

発送確認担当印		FAX返信者	内容確認者	FAX受付確認者
月 日 発送	月 日	月 日	月 日	月 日

## 〔検査項目内容〕

### 飲料水検査

10 項目	9 項目	一般細菌
		大腸菌
		塩化物イオン
		有機物（全有機炭素(TOC)の量）
		pH値・味・臭気
		色度・濁度
		硝酸態窒素及び亜硝酸態窒素

### プール水検査

5 項目	pH値
	濁度
	有機物等（過マンガン酸カリウム消費量）
	大腸菌
	一般細菌
	総トリハロメタン
	濁度（循環ろ過装置の処理水）

### レジオネラ属菌検査

レジオネラ属菌	学校関係：冷水器等の水質検査を行っています。
	認定こども園：沐浴・シャワー水等の水質検査を行っています。

### 教室等の空気環境検査（物質数は高校とこども園のみ記入してください）

1物質	ホルムアルデヒド
2物質	ホルムアルデヒド・トルエン
3物質	ホルムアルデヒド・トルエン・キシレン
4物質	ホルムアルデヒド・トルエン・キシレン・パラジクロロベンゼン
6物質	ホルムアルデヒド・トルエン・キシレン・パラジクロロベンゼン
	エチルベンゼン・スチレン

### ダニアレルゲン検査

ダニアレルゲン
---------