

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	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、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	
報告月日	月 日

副部長	課長		発送確認 ／