

収入証紙貼付欄（枚数が多い場合は別紙に貼付してください。）

## 水質試験（検査）依頼書

令和 年 月 日

北海道岩見沢保健所長 様

依頼者（〒 - ）  
住所

氏名 担当者（連絡先電話（所属等 - ））

北海道保健所条例施行規則別表による次の試験（検査）を依頼します。

### 1 試験（検査）種別

種 別	検 査 項 目	単 価	件 数	金 額
一般細菌試験		1,400円		円
大腸菌群試験		2,800円		円
大腸菌試験		3,650円		円
カブスリウム 指標菌試験	定性試験	5,200円		円
	定量試験	17,070円		円
化学試験		12,100円		円
化学的 一成分試験	定性試験	3,800円		円
	定量試験	12,000円		円
飲料水	簡易試験	9,950円		円
	一般試験	15,800円		円
水道水浄水試験		14,400円		円
汚水水質試験		34,300円		円
微量元素試験	原子吸光光度法	19,400円		円
	カスクロマトグラフ法	4成分まで 36,000円 1成分増すごと 8,700円		円 円
微量物質試験	高速液体クロマトグラフ法	31,300円		円
	質量分析法	10成分まで 86,500円 1成分増すごと 6,300円		円 円
合 計				円

（以下の2から11までは、検体数が2つ以上ある場合は、別紙に記入してください。）

2 検水（水源）の種別 井水（深さ m） 湧水 表流水 伏流水 受水槽水（ m<sup>3</sup>）  
給水栓水 浄化槽放流水 工場排水 その他（ ）

3 採水年月日 令和 年 月 日

4 天候の状況 前日 当日 気温 °C 水温 °C

5 採水場所 \_\_\_\_\_

6 採水者名（ ）：所属（ ）

（※以下の7及び8は、水道水の場合に記入してください。）

7 水道名（ ）

8 水源の名称（ ）

（※以下の9から11までは、水道水以外の場合に記入してください。）

9 飲用の有無 有（一般用・食品営業用・その他業務用） {水道給水区域内（専用・併用） 外（専用・併用）} ・ 無

10 滅菌及びろ過の有無 滅菌の有無 有 ・ 無 ろ過の有無 有 ・ 無  
（有の場合の方法： ）

11 周囲の状況 便所から m 下水から m

12 容 器 取りにくる 処分して可 その他（ ）

13 結果通知書の処理 依頼者に郵送 連絡したら取りにくる その他（ ）

14 参考事項