

(様式 1)

収入証紙貼付欄 (枚数が多い場合は別紙に貼付すること。)

試 験 (検 査) 依 頼 書

令和 年 (年) 月 日

北海道室蘭保健所長 様

(〒 -)

依頼者 住所

氏名

(連絡先電話 : - -)

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	単 価	件 数	金 額	備 考
レジオネラ属菌試験	14,300円		円	
			円	
合 計			円	

2 採水施設名称 :

3 採水施設住所 :

4 採水年月日 : 令和 年 (年) 月 日

5 採水者名 : 所属

6 採水場所及び品名 :

7 その他 : 以下について分かる範囲で記入してください。

男女の別	{ 男 ・ 女 }	採水前消毒日	{
残留塩素	{ mg/l }	循環ろ過の有無	{ 有 ・ 無 }
pH	{	ろ材の種類	{
水温	{ °C }	ろ材の清掃頻度	{
水道水・温泉水等の別	{	ろ材の交換頻度	{
浴槽水の換水頻度	{	前回交換年月日	{
全換水の有無等	{ 有 ・ 無 }	配管の材質	{
採水前換水日	{	その他 (泉質等)	{
浴槽の清掃頻度	{		{
採水前清掃日	{		{
消毒・殺菌等の有無	{		{
方法、頻度、濃度	{		{

収入証紙貼付欄 (枚数が多い場合は別紙に貼付すること。)

試験 (検査) 依頼書

令和 〇年 (〇〇〇〇年) 〇〇月 〇〇日

北海道室蘭保健所長 様

(〒 -)

依頼者 住所 〇〇市〇〇町1条2丁目3番4号
××観光開発 (株)

氏名 北海 太郎

(連絡先電話 : 0 1 2 3 - 4 5 - 6 7 8 9)

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	単 価	件 数	金 額	備 考
レジオネラ属菌試験	14,300円	1	14,300円	
			円	
合 計			14,300円	

2 採水施設名称 : ××観光開発 (株) △△温泉観光ホテル

3 採水施設住所 : △△町△△温泉町1番地

4 採水年月日 : 令和 〇年 (〇〇〇〇年) 〇〇月 〇〇日

5 採水者名 : 石狩 次郎 所属 ××観光開発 (株) 施設係

6 採水場所及び品名 : 大浴槽① (露天風呂)

7 その他 : 以下について分かる範囲で記入してください。

男女の別	{ 男 · 女 }	採水前消毒日	{ 前日に消毒 }
残留塩素	{ 0.05 mg/l }	循環ろ過の有無	{ 有 · 無 }
pH	{ 6.8 }	ろ材の種類	{ セラミック (多孔質の石) }
水温	{ 42 °C }	ろ材の清掃頻度	{ 毎日逆洗浄 }
水道水・温泉水等の別	{ 温泉水50% 井水50% }	ろ材の交換頻度	{ 1回/3年 }
浴槽水の換水頻度	{ 1回/1月 }	前回交換年月日	{ 約3年前 }
全換水の有無等	{ 有 · 無 }	配管の材質	{ ステンレス鋼管 }
採水前換水日	{ 30日前 }	その他 (泉質等)	{ ナトリウム-塩化物泉 (中性低張性高温水) }
浴槽の清掃頻度	{ 1回/1月 }		
採水前清掃日	{ 30日前 }		
消毒・殺菌等の有無	{ 有、塩素消毒、毎日 (自動) }		
方法、頻度、濃度	{ 0.4mg/lを4時間/日 }		