水質検査依頼書

株式会社江東微生物研究所　御中

令和　　年　　月　　日

担当地区　　（　　）

依頼者（営業者）	住　所	〒 960-8043 福島市中町7番17号ふくしま中町会館 6階	
	屋号又は名　称	福島県食品衛生協会	
	氏名又は法人名	公益社団法人福島県食品衛生協会	
	担 当 者	氏　名	福島　太郎
	連絡先	電　話	123 － 4567 － 8910
		ＦＡＸ	123 － 4567 － 8910
成績書の送付先住所・宛名（上記住所と異なる場合）		〒	

検　体　名 （該当番号を○で囲ってください）	(1) 井戸水　3 表流水（沢水等） 2 湧水　4 その他（　　）
採　水　場　所 （該当番号を○で囲ってください）	(1) 営業施設と同じ　※別の場合は施設名、住所等を（　）に記入願います。 2 営業施設と別　（　　）
採　水　年　月　日	令和　6　年　4　月　1　日

検査項目（セット）		料金	内消費税	ミネラルウォーター類セット		料金	内消費税
(1)	簡易項目（１０項目）	7,700 円	700 円	1	ミネラルウォーター（１５項目）	38,500 円	3,500 円
2	全 項 目（２６項目）	31,900 円	2,900 円	2	ミネラルウォーター（４４項目）	95,700 円	8,700 円
3	給水施設等（1）（9項目）	7,040 円	640 円				
4	給水施設等（2）（１０項目）	8,690 円	790 円				

※検査項目の該当項目を○で囲ってください。

検査項目（単項目）	料金	内消費税	検査項目（単項目）	料金	内消費税
一般細菌、 大腸菌群、 有機物等（過マンガン酸カリウム消費量）	各 1,210 円	110 円	(カルシウム、マグネシウム等（硬度）、蒸発残留物)	各 1,430 円	130 円
硝酸性窒素及び亜硝酸性窒素	1,650 円	150 円	大腸菌	1,540 円	140 円
塩素イオン	990 円	90 円			
ｐＨ値	440 円	40 円			
味、 臭気、 色度、 濁度	各 330 円	30 円			
(鉄)、 ＴＯＣ（全有機炭素量）	1,760 円	160 円			

※検査項目の該当項目を○で囲ってください。

支所受付 №.		後納の場合	請求先住所	〒 960-8043 福島市中町7番17号ふくしま中町会館 6階
検 査 料 金	12,320 円		請求先名称	公益社団法人福島県食品衛生協会
内 消 費 税	1,120 円			
前納 ・ 後納 （該当するものを○で囲ってください。）			必要書類	見積書 ・ 納品書 ・ (請求書) （該当するものを○で囲ってください。）

○ 問合せ先　（公社）福島県食品衛生協会　電話 024-521-4310 ＦＡＸ 024-523-5674

水質検査依頼書

株式会社江東微生物研究所　御中

令和　　年　　月　　日

担当地区　　（　　）

依頼者 （営業者）	住　　所	〒	
	屋号又は 名　　称		
	氏名又は 法人名		
	担 当 者	氏　名	
	連絡先	電　話	－　　－
		ＦＡＸ	－　　－
成績書の送付先住所・宛名 （上記住所と異なる場合）		〒	

検　　体　　名 （該当番号を〇で囲ってください）	1　井戸水　　3　表流水（沢水等） 2　湧水　　4　その他（　　）
採　水　場　所 （該当番号を〇で囲ってください）	1　営業施設と同じ　※別の場合は施設名、住所等を（　）に記入願います。 2　営業施設と別　（　　）
採　水　年　月　日	令和　　年　　月　　日

検査項目（セット）		料金	内消費税	ミネラルウォーター類セット		料金	内消費税
1	簡易項目（１０項目）	7,700 円	700 円	1	ミネラルウォーター（１５項目）	38,500 円	3,500 円
2	全 項 目（２６項目）	31,900 円	2,900 円	2	ミネラルウォーター（４４項目）	95,700 円	8,700 円
3	給水施設等（１）（９項目）	7,040 円	640 円				
4	給水施設等（２）（１０項目）	8,690 円	790 円				

※検査項目の該当項目を〇で囲ってください。

検査項目（単項目）	料金	内消費税	検査項目（単項目）	料金	内消費税
一般細菌、 大腸菌群、 有機物等（過マンガン酸カリウム消費量）	各 1,210 円	110 円	カルシウム、マグネシウム等（硬度）、 蒸発残留物	各 1,430 円	130 円
硝酸性窒素及び亜硝酸性窒素	1,650 円	150 円	大腸菌	1,540 円	140 円
塩素イオン	990 円	90 円			
ｐＨ値	440 円	40 円			
味、 臭気、 色度、 濁度	各 330 円	30 円			
鉄、 ＴＯＣ（全有機炭素量）	1,760 円	160 円			

※検査項目の該当項目を〇で囲ってください。

支所受付 №.		後納の場合	請求先住所	〒
検 査 料 金	円		請求先名称	
内 消 費 税	円			
前納 ・ 後納 （該当するものを〇で囲ってください。）			必要書類	見積書 ・ 納品書 ・ 請求書 （該当するものを〇で囲ってください。）

○ 問合せ先　（公社）福島県食品衛生協会　電話 024-521-4310 ＦＡＸ 024-523-5674