

بسمه تعالی

شماره:

تاریخ:

مرکز بهداشت استان

مرکز بهداشت شهرستان

مرکز بهداشتی درمانی

سلام علیکم به پیوست نمونه آب با مشخصات زیر جهت انجام آزمایشات لازم ارسال خواهمند است نتایج مربوطه را به این مرکز اعلام فرمایند.

ردیف	محل برداشت نمونه با ذکر نشانی یا کد	لوله کشی		نوع منبع تامین کننده	pH	کلر باقیمانده ppm	زمان نمونه برداری		نوع آزمایش	نام و نام خانوادگی نمونه بردار
		ندارد	دارد				تاریخ	ساعت		
۱										
۲										
۳										
۴										
۵										
۶										
۷										
۸										
۹										
۱۰										

تحويل به آزمایشگاه: تاریخ ساعت

بهداشت شهرستان

امضاء رئیس مرکز

بهداشتی درمانی

تحويل گیرنده نمونه:

۱- نسخه اول مخصوص آزمایشگاه

۲- نسخه دوم مخصوص مرکز ارسال کننده نمونه جهت پیگیری