

平成 年 月 日

- ①学校長
②姫路学校薬剤師会
③学校薬剤師 控え 5年間保存

様

学校薬剤師

⑩

トリハロメタン検査結果報告書

学校No.忘れずに
記入してください。

学校NO. 学校名:

時間も忘れずに記入してください。

検査日時:平成 年 月 日 曜日 時 分		天気:
1	気温	℃
2	水温	℃
3	遊離残留塩素mg/ℓ	mg/ℓ
4	総トリハロメタン濃度mg/ℓ	mg/ℓ

【参考】 3 総トリハロメタン濃度は0.2mg/ℓ以下である事が望ましい

【指導内容・事後処置】

検査日については事前に学校に連絡し、担当の先生と調整してください。

雨天でも決定された日に採水してください。