

三軍總醫院松山分院 水質檢驗室

水質採樣紀錄表

文件編號：WAL-R-QM20-01
版 次：1.0

序 號：

*採樣日期：_____年_____月_____日

申請單位：* _____ 駐地：* _____

聯絡人：* _____ 電話：* _____

採樣目的：飲用水檢測

採樣方法：以樣品袋直接採樣

氣象狀況：晴天 陰天 雨天 其他_____

運送方法：專人運送 4°C冷藏 其他_____ 樣品運送目的地：本院水質檢驗室

樣品編號 (不要填寫)	*採樣地點	*採樣時間		*樣品性質			*環境描述		*現場採樣 負責人	不符退件	
		時	分	飲用水	自來水	逆滲透水	是否有可疑之污染源			生物性	物理性
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有，請描述			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有，請描述			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有，請描述			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有，請描述			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有，請描述			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有，請描述			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有，請描述			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有，請描述			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有，請描述			

- PS：填寫打「*」之處即可，其餘勿填。
- 更改送水日期以當日送水時間 AM9:00 之前通知為主，否則不接受更改，避免浪費試劑耗材。