بسمه تعالی

**مرکز بهداشت استان**

**مرکز بهداشت شهرستان**

**مرکز بهداشتی درمانی**

با سلام

به پیوست نمونه آب با مشخصات زیر جهت آزمایشات لازم ارسال ،خواهشمند است دستور فرمایید 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 باقیماندهPPM | زمان نمونه برداری | نوع آزمایش | نام و نام خانوادگی نمونه بردار |
| دارد  | ندارد | ساعت | تاریخ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**تحویل به آزمایشگاه تاریخ ساعت**

**تحویل گیرنده نمونه:**

**رئیس مرکز بهداشت شهرستان**

 **رئیس مرکز بهداشتی درمانی**