

**記入の留意点**

届出者住所

届出者氏名

押印不要

〔法人にあっては、その名称、主たる事務所の所在地、代表者の氏名〕

中央式の給湯設備等も含む(2、3も同様)

飲料水貯水槽等

- ・ 保健所に届出済の「建築物衛生法上の届出者」です。
- ・ 法人名、代表者氏名を記入してください。

所在地:

1 毎月点検(受水槽・高置水槽等)

受水槽有効容量:

項目		点検月日											
		12月日	1月日	2月日	3月日	4月日	5月日	6月日	7月日	8月日	9月日	10月日	11月日
槽周囲・ポンプ室等の物置化、汚れ													
槽壁面の亀裂、密閉状況													
水の濁り、油類、異物等													
マンホール	施錠												
	破損、防水、さび等												
オーバーフロー管、通気管の防虫網													
その他	ボールタップ、満減水装置												
	ポンプ、バルブ類												

2 貯水槽等の清掃及び水質検査

項目	実施月											
	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月
貯水槽等の清掃実施日												
水質検査実施日												
防錆剤濃度検査実施日												

中央式の給湯設備等がある場合のみ「有」に記入する。

3 年2回点検(受水槽・高置水槽等)

項目	点検月日	
	月日	月日
点検、清掃が容易で衛生的な場所か		
槽又は上部に汚染の原因となる配管、設備等の有無		
停滞水防止構造	適正な容量	
	連通管の位置、受水口と揚水口の位置	
マンホールの位置、大きさ、立ち上げ		
吐水口空間、排水口空間の確保		
飲用以外の用途との兼用又は設備からの逆流のおそれの有無		
クロス接続の有無		

4 飲用等の有無

設備の種類	有無
中央式給湯設備	有( 系統) 無
その他の設備	有(炊事用専用給水・浴用専用給水・中央式冷水) 無

【提出先】

〒110-0015  
 東京都台東区東上野4-22-8  
 台東保健所生活衛生課環境衛生担当  
 03-3847-9455

凡例  
 〃 良  
 〃 不備  
 〃 不十分  
 〃 設備無

備考

(注) 1及び3については凡例を参考にいずれかの記号を、2については清掃等を実施した日付を記入し、4については有又は無のいずれかに付けてください。