

住所
届出者
氏名

〔 法人にあつては、その名称、主たる事務所の所在地、代表者の氏名 〕

飲料水貯水槽等維持管理状況報告書

ビル名： 担当者 氏名：
所在地： 電 話：

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、バルブ等												

2 貯水槽等の清掃、水質検査等

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
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													

3 年2回点検（受水槽、高置水槽等）

4 飲用等の設備の有無

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			
クロスコネクションの有無			

設備の種類	有無	設備の種類	有無
給湯設備	有・無	浴用専用給水設備	有・無
冷水設備	有・無	炊事用給水設備	有・無

【送付先】

・飾区保健所生活衛生課環境衛生担当係
〒125-0042 ・飾区金町 4-18-19 金町保健センター内
電話 03-3607-4142

凡例
○ 良
レ 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○をつけてください。

* 1年間に実施した水質検査成績書の写し及び11月分の残留塩素等の検査実施記録票の写しを添付してください。（中央式給湯水についても同様に添付してください。）