

墨田区保健所長

あて

年 月 日

届出者住所

届出者氏名

〔 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 〕

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 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													

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
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

【送付先】

〒130 - 0003
墨田区横川五丁目7番4号 2階
墨田区保健所 生活衛生課 生活環境係
電話：5608 - 6939

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○を付けてください。