年　　　　　　　月　　　　　　　日

東　京　都　知　事　　殿

千代田保健所長

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：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　点検月日項　　目 | 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 |
| 　　　　　　　　　　　　実施月日項　　目 | 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 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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　点検月日項　　目 | 月　日 | 月　日 |  | 上記以外に飲用等の系統がある場合は、下欄に記入するとともに、水質検査結果書を添付して下さい。 |
| 点検、清掃が容易で衛生的な場所か |  |  |

|  |
| --- |
| １） |
| ２） |
| 記入例）循環式給湯設備１系統（※局所式は除きます。） |

 |
| 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 |  |  | * この記録の写しを毎年１２月１日～１５日の間に保健所あてに報告（郵送）して下さい。その際、１年間に実施した水質検査成績書の写し及び11月分の残留塩素等検査実施記録の写し(全系統)を添えて下さい.
 |
| 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 |  | 〒102-0074千代田区九段南1-6-17　千代田会館８階千代田区千代田保健所生活衛生課環境衛生係TEL５２１１－８１６６，FAX５２１１－８１９３【送付先】 |
| 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 |  |  |

備考

（注）１及び３については、良好＝○、不備＝レ、不十分＝△、設備無＝／

のいずれかの記号を記載してください。

また、水質検査の未受検や、事故の対応等は備考欄に記載して下さい。