

東京都知事 殿  
千代田保健所長

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、バルブ類												

2 貯水槽等の清掃及び水質検査

項 目		実施月日											
		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			

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。

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

※ 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。

【送付先】

〒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

(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。

備考

備考欄

記入の留意点

年 月 日

東京都知事 殿  
千代田保健所長

ビル管理法に基づき届出を行っている届出者名を記載。押印は不要です。

届出者

住所 千代田区南神田1-2-3

氏名 ○○信託銀行株式会社（代）川 ○平  
〔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：

ビル名・所在地は正確に記入してください。

担当者 氏 名：○○管理(株) ○越 ○太

所在地：

電 話：03-XXXX-XXXX

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	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月
		日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日
槽周囲・ボイラールームの物置化、汚れ													
槽壁													
水の													
マンホール													
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												

循環式給湯設備等の給水系統以外の系統がある場合は、それらのチェックも含む。（2, 3についても同じ）

2 貯水槽等の清掃及び水質検査

項 目	実施月日	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月
		日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日
貯水槽等の清掃実施日													
水質検査実施日													

3

飲用等の生活の用に給する給水系統（循環式給湯設備など）がある場合は、全系統同じ管理（清掃・点検・水質検査）が必要です。

項 目	月 日		
点検、			
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			
飲用又は設備	水質検査の未受検や、事故等のイレギュラーな事項は全て記載して下さい。		
クロス			

4 飲用等の設備の有無

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。

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

※ 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。

【送付先】

〒102-0073  
千代田区九段北1-2-14  
千代田区千代田保健所  
生活衛生課環境衛生担当  
TEL5211-8166, FAX5211-8193

(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。

備考