

記入例・記入の留意点

〇〇年 〇〇月 〇〇日

新宿区保健所長 宛て

届出者住所 **東京都新宿区新宿五丁目18番21号**

建築物衛生法上の届出者名で提出して下さい。
変更がある・不明な点がある場合等は保健所までお問合せ下さい。

届出者氏名

株式会社新宿保健所

代表取締役 新宿 太郎

〔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〕

中央式の給湯設備等も含まれます。(2, 3についても同じ)

飲料水貯水槽等維持管理状況報告書

ビル名：**新宿保健所ビル**

所属する会社・部署名等もご記入下さい。

担当者 氏名：**(株)新宿保健所 総務課 東京 次郎**

所在地：**新宿区新宿5-18-2**

電話：**3209-1111 内4995**

1 毎月点検 (受水槽・高置水槽等)

受水槽有効容量：**20m³**

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
		1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日	1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		○	○	○	○	○	○	○	○	レ	○	○	○
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			20										
水質検査実施日						15				15		15	
防錆剤濃度検査実施日		15		15		15		15		15		15	

中央式の給湯設備等がある場合のみ「有」に○をして下さい。

3 給湯設備の有無 (中央式給湯設備等)

項目	3月 1日		9月 1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	○		○	
停滞防止設備の有無	○		○	
給湯設備の位置、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	○		○	

中央式の冷水設備の有無

4 飲用等の設備の有無

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	炊事専用給水設備	有・無

【送付・問合せ先】毎年12月15日～15日の間に郵送してください。

〒160-0022 新宿区新宿 1-5-2
浴用や炊事に**専用**の水槽を持つ給水設備の有無

凡例
○ 良
レ 不備
△ 不十分
/ 設備無

備考
(1) 2月1日受水槽室の整頓一部不備。同日改善済み。
(2) 8月1日高置水槽のオーバーフロー管防虫網破損。同日補修した。

(注) 1及び3については、凡例を参考にいずれかの記号を記載してください。4については、有又は無のいずれかに○を付けてください。

不適項目や特記事項等があれば記入して下さい。

※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)。