

**記入の留意点**

受水槽・高置水槽・中央式の給湯設備等、それぞれに一部ずつ報告書が必要です。

届出者 殿

○ 保健所に届出済の「建築物衛生法上の届出者」です。

○ 法人名・代表者役職名・氏名を記入

その名称、主たる事業の所在地、代表者の氏名

月 日

押印不要

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	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	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												

点検した水槽の有効容量（種類）を記入して下さい。  
例）30m<sup>3</sup>（受水槽）、10m<sup>3</sup>（高置水槽）、8m<sup>3</sup>（貯湯槽）等

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													

中央式の給湯設備がある場合のみ「有」に記入する。

3 年2回点検（受水槽・高置水槽等） 4 飲用等給湯設備の有無

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			
停滞防止マン			
吐水口空間			
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			

設 備 の 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

その他の設備が「有」となるのは、炊事用等に専用の受水槽等がある場合や飲用（炊事等含む）の中央式冷水設備がある場合等です。なお、現在の届出施設に「有」の施設はごく少数です。

【送付先】  
〒10025 多摩市永山2丁目1番地5  
京都南多摩保健所 環境衛生担当  
その他の地域の届出者の方は所轄保健所へ問い合わせください。

凡 例

○ 良

レ 不 備

△ 不十分

／ 設備無

備考

(注1) 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。

(注2) 水質検査の写し(1年間分)と、残留塩素等の測定実施記録票の写し(11月分)を添付してください。