ファクシミリによる保健所への報告について

－特定小規模貯水槽水道等清掃点検結果報告制度－

保健所では、「東京都小規模貯水槽水道等における安全で衛生的な飲料水の確保に関する条例」に基づき、貯水槽の維持管理状況について、毎年、報告をいただいております。報告の対象となる施設（タンク容量５㎥超～１０㎥及び病院・学校・社会福祉施設等の用途）には保健所から報告用紙（ハガキ形式）が送付されますが、**はがきの返送に代えて「FAX用様式」による報告も可能です**。

ファクシミリの送信先は下表の各保健所となりますので、管轄地域を御確認の上、**「特定小規模貯水槽水道等清掃・点検結果」**（次頁）を御提出ください。

＜FAX送信先・問合せ先＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名　　称 | 代表電話及びＦＡＸ | 管轄区域 |
| **西多摩保健所** | TEL 0428(22)6141FAX 0428(23)3987 | 青梅市,福生市,羽村市,あきる野市,瑞穂町,奥多摩町,日の出町,檜原村 |
| **南多摩保健所** | TEL 042(371)7661FAX 042(375)6697 | 日野市,多摩市,稲城市 |
| **多摩立川保健所** | TEL 042(524)5171FAX 042(528)2777 | 立川市,昭島市,国立市,国分寺市,東大和市,武蔵村山市 |
| **多摩府中保健所** | TEL 042(362)2334FAX 042(360)2144 | 府中市,三鷹市,武蔵野市,狛江市,小金井市,調布市 |
| **多摩小平保健所** | TEL 042(450)3111FAX 042(450)3261 | 小平市,西東京市,清瀬市,東村山市,東久留米市 |
| **島しょ保健所** |  |  |
| 　 | **大島出張所** | TEL 04992(2)1436FAX 04992(2)1740 | 大島町,利島村,新島村,神津島村 |
| **三宅出張所** | TEL 04994(2)0181FAX 04994(2)1009 | 三宅村,御蔵島村 |
| **八丈出張所** | TEL 04996(2)1291FAX 04996(2)0632 | 八丈町,青ヶ島村 |
| **小笠原出張所** | TEL 04998(2)2951FAX 04998(2)2953 | 小笠原村 |

八王子市及び町田市は、保健所政令市移行に伴い保健所業務が市に移管されました。

お問い合わせ先は、八王子市保健所042(645)5142、町田市保健所042(722)7354です。

**（FAX用様式）**

**特定小規模貯水槽水道等清掃・点検結果**

※　清掃日・点検日は**直近**のものを記入してください。

清掃年月日　　　　　　　　　　　　年　　　　　　　　　　月　　　　　　　　　　日

点検年月日　　　　　　　　　　　　年　　　　　　　　　　月　　　　　　　　　　日

受水槽・高置水槽について、有無いずれかを【○】で囲み、有効容量※を記入してください。

下記の１から10の項目の報告については、パンフレットを参考に該当するものに【○】を記入してください。

※有効容量：受水槽の最高水位と最低水位の間に貯留され、適正に利用可能な水量のことです。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受水槽 | 高置水槽 |
| 貯水槽の有無 | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 |
| 有効容量 | ㎥ | ㎥ |
| １ | 飲み水の異常 | **異常あり** ・　 異常なし |
| ２ | 水槽周辺の整理整頓 | 良 | 不良 | 良 | 不良 |
| ３ | 水槽の破損・亀裂・漏水 | 良 | 不良 | 良 | 不良 |
| ４ | 汚染のおそれのある開口部 | 良 | 不良 | 良 | 不良 |
| ５ | 水槽の上のほこり・水たまりなどの汚れ | 良 | 不良 | 良 | 不良 |
| ６ | マンホールの密閉・施錠 | 良 | 不良 | 良 | 不良 |
| ７ | オーバーフロー管・通気管の防虫網 | 良 | 不良 | 良 | 不良 |
| ８ | オーバーフロー管・水抜き管の排水口空間 | 良 | 不良 | 良 | 不良 |
| ９ | 水槽内部のさび・異物・吐水口空間の確保 | 良 | 不良 | 良 | 不良 |
| 10 | 付帯設備の状態 | 良 | 不良 | 良 | 不良 |

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名称 |  |
| 施設所在地 |  |
| 設置者住所・氏名・電話 | 〒℡　　　（　　　） |
| 報告者住所・氏名・電話 | 〒℡　　　（　　　） |
| （変更、廃止、連絡事項等を記入してください。） |