

葛飾区保健所長 殿

記入の留意点

年 月 日

届出者住所

届出者氏名

押印不要

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。

〔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

- ・ 保健所に届出済の「ビル衛生管理法上の届出者」です。
- ・ 法人名・役職名・氏名を記入してください。

ビル名：

所在地：

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	○											

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
	日	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													
防錆剤濃度検査実施日													

中央式の給湯設備等がある場合のみ「有」に記入する。

3 年2回点検（受水槽・高置水槽等）

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、設備等があるか			
停滞水防止槽			
マンホール			
吐水口空回り			
飲用以外の用途での利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			

4 飲用等設備の有無

設備の種類	有 無
中央式給湯設備	有（系統） 無
その他の設備	有（炊事専用給水・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】

葛飾区保健所 生活衛生課 環境衛生担当係
〒125-0062 葛飾区青戸4-15-14
（健康プラザかつしか内）
電話 03-3602-1242 FAX 03-3602-1298

凡例
○ 良備
△ 不十分
/ 設備無

備考

（注）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。