第３号様式（第４条関係）

　年　　　月　　　日

（提出先）足立区足立保健所長

届出者住所

　　　氏名

(法人にあっては、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：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　点検月日項　目 | 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、油膜、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等

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　点検月日項　目 | 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

３　年２回点検（受水槽・高置水槽等）　　　　　　　　４　飲用等の設備の有無

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　点検月日項　目 | 月　　日 | 月　　日 |  | 設備の種類 | 有　無 |
| 点検、清掃が容易で衛生的な場所か |  |  |  | 中央式給湯設備 | 有（　　　系統）無 |
| 槽又は上部に汚染の原因となる配管、設備等の有無 |  |  |  | その他の設備 | 有（炊事用専用給水・浴用専用給水無　　　　　　　　　　　　・中央式冷水） |
| 停滞水防止構造 | 適正な容量　　 |  |  |  | 【送付先】延べ面積10,000㎡以下の特定建築物について |
| 連通管の位置、受水口と揚水口の位置 |  |  |  | 〒120-0011足立区中央本町1-5-3　足立保健所生活衛生課生活衛生係宛て　電話　03-3880-5374　 |
| 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 |  |  |  | 凡例○　良✓　不備△　不十分／　設備無 |  | 備考 |
| 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 |  |  |  |  |

(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。