

（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		12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月
項 目		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 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		12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月
項 目													
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）

点検月日		月 日	月 日
項 目			
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 水 防 止 構 造	適 正 な 容 量		
	連通管の位置、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 コ ネ ク シ ョ ン の 有 無			

4 飲用等の設備の有無

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（炊事用専用給水・浴用専用給水 無 ・中央式冷水）

【送付先】 延べ面積 10,000 ㎡以下の特定建築物について

〒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

凡例
○ 良
✓ 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。