葛飾区保健所長　　殿

住　所

届出者

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、バルブ等 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

２　貯水槽等の清掃、水質検査等

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| 貯水槽等の清掃実施日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 水質検査実施日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 防剤濃度検査実施日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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 | 設備の種類 | 有無 |
| 点検清掃が容易で、衛生的な場所か |  |  | 給湯設備 | 有・無 | 浴用専用給水設備 | 有・無 |
| 槽又は上部に汚染の原因となる配管、設備等の有無 |  |  | 冷水設備 | 有・無 | 炊事用給水設備 | 有・無 |
| 停滞水防止構造 | 適正な容量 |  |  | 【送付先】　　　飾区保健所生活衛生課環境衛生担当係　　　〒125-0042 飾区金町4-18-19 金町保健センター内　　　　電話　03-3607-4142 |
| 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 |  |  |
|  | 凡　例○　良レ　不　備△　不十分／　設備無 |  | 備考 |
| 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 |  |  |

（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○をつけてください。

＊１年間に実施した水質検査成績書の写し及び11月分の残留塩素等の検査実施記録票の写しを添付してください。

　（中央式給湯水についても同様に添付してください。）