

町田市保健所長 様

届出者住所  
氏名  
電話 ( )

〔法人の場合は、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名〕

町田市飲料水貯水槽等維持管理状況報告書

ビル名： 所在地： 町田市 担当者 氏名： 電話： ( )

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、水質検査等

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
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)

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・中央式冷水) 無

【送付先】

<p>凡例 ○ 良 レ 不備 △ 不十分 / 設備無</p>	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。