

**受水槽・高置水槽は貯水槽ごと
中央式の給湯設備は系統ごと
それぞれ一部ずつ報告書が必要**

令和〇年 12月〇日

届出者住所 **東京都〇〇市△△町2-8-1**

届出者氏名 **株式会社□□ 代表取締役●田 △夫**

押印
不要

**保健所へ届出してある
届出者の住所、氏名、代表者名を
記載**

〔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

**実務担当者の氏名、
連絡先を記載**

ビル名：**〇〇ビル**

担当者 氏名：**施設管理課 △山 □朗**

所在地：**東京都〇〇市△△町1-31-24**

**貯水槽・貯湯槽の
有効容量を記載**

電話：**042-450-3111**

1 毎月点検 (受水槽・高置水槽等)

受水槽有効容量：**25.0** m³

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
		15日	16日	14日	15日	15日	16日	14日	14日	15日	15日	14日	16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	実施月日	4月	10月	11月
貯水槽等の清掃実施日		7日		
水質検査実施日		16日 (16)	15日 トリハ	15日 (11)
防錆剤濃度検査実施日				

**水質検査成績書は、
この3回分の写しを提出
してください。**

各項目の実施日を記載

3 年2回点検 (受水槽・高置水槽等)

項目	点検月日	4月16日	10月15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			
停滞水防止構造	適		
	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		○	○

**「その他の設備」とは、
炊事用専用・浴用専用の給水設備や
中央式冷水設備の事です。**

4 飲用

設備の種類	有無
中央式給湯設備	有 (1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

**貯湯槽の無い循環給湯設備も
中央式給湯設備です。**

【送付先】

〒187-0002 東京都小平市花小金井1-31-24
東京都多摩小平保健所 生活環境安全課
環境衛生第一担当 又は 環境衛生第二担当あて
担当地区 小平市・清瀬市・東村山市…環境衛生第一担当
西東京市・東久留米市 …環境衛生第二担当

凡例
○ 良
レ 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。