

年 月 日

港区みなと保健所長

届出者住所

届出者氏名

〔法人にあつては、その名称、主たる事務所の所在地、代表者の氏名〕

年 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： 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
		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 貯水槽等の清掃及び水質検査

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			

（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。

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

※ この報告書を、毎年12月1日～15日までの間に下記保健所あてに報告（郵送）して下さい。

【送付先】

〒108-8315 港区三田1-4-10
みなと保健所 生活衛生課 生活衛生相談係

※ 延べ床面積10,000㎡を超えるビルについては、東京都健康安全研究センター広域監視部建築物監視指導課ビル衛生検査係あてに報告してください。

凡 例	備 考
○ 良	
レ 不 備	
△ 不十分	
/ 設備無	

※ 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）。