

東京都知事

殿

年 月 日

豊島区保健所長

殿

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 〕

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：

Table with 13 columns (Item, 12月, 1月, 2月, 3月, 4月, 5月, 6月, 7月, 8月, 9月, 10月, 11月) and rows for inspection items like '槽周囲・ポンプ室等の物置化、汚れ' and 'マンホール'.

2 貯水槽等の清掃及び水質検査

Table with 13 columns (Item, 12月, 1月, 2月, 3月, 4月, 5月, 6月, 7月, 8月, 9月, 10月, 11月) and rows for '貯水槽等の清掃実施日' and '水質検査実施日'.

3 年2回点検（受水槽・高置水槽等）

Table with 3 columns (Item, 月 日, 月 日) and rows for '点検、清掃が容易で衛生的な場所か' and 'マンホールの位置、大きさ、立ち上げ'.

4 飲用等の設備の有無

Table with 2 columns (設備の種類, 有 無) and rows for '中央式給湯設備' and 'その他の設備'.

【送付先】

豊島区に所在する延床面積 10,000 ㎡以下のビルの届出者の方  
〒170-0022 豊島区南池袋 2-1-1 豊島区保健所 生活衛生課  
環境衛生グループ

豊島区に所在する延床面積 10,000 ㎡を超えるビルの届出者の方  
〒169-0073 新宿区百人町 3-24-1 本館 2 階 健康安全研究  
センター広域監視部建築物監視指導課 ビル衛生検査第4班

凡 例  
○ 良  
△ 不十分  
レ 不備  
/ 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。