

# 簡易専用水道検査依頼書

(社)群馬県薬剤師会

(環境衛生試験センター)会長 宛

平成 年 月 日

〒

住所

申請者 TEL

氏名

次のとおり検査して下さい。

検査の目的		水道法第34条の2第2項による検査	
建物の名称			
所在地			
設置者名			
管理者名			
管理者住所			
用途		延べ面積	
利用者数		水源	
建築物衛生法の適用	有 無	竣工年月	
施設	受水槽	設置場所	1. 建物の内 2. 建物の外 3. その他( )
		位置	1. 地下式 2. 地上式 3. その他( )
		材質	
		有効容量	
概要	高置水槽	設置場所	1. 建物の内 2. 建物の外 3. その他( )
		位置	1. 建物の屋上 2. その他( )
		材質	
		有効容量	
滅菌機の有無		1. 有 2. 無	滅菌の方法
検査結果の取り扱い <input type="checkbox"/> にチェックを入れて下さい。		検査の結果、水の供給について特に衛生上問題があり、都道府県等への報告すべき要件に該当する場合の報告の方法(平成15年7月23日厚生労働省告示第262号)第七3号に該当する場合 <input type="checkbox"/> 設置者より報告 <input type="checkbox"/> 代行報告を依頼 <input type="checkbox"/> 検査時に判断	
立会人氏名		電話番号	

※立会人氏名欄には、対応していただける人の所属と氏名を必ず記入して下さい。

検査実施年月日		整理番号	
---------	--	------	--