

簡易専用水道検査依頼書

(一財)群馬県薬剤師会環境衛生試験センター 宛

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	
施設概要	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	
	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	
---------	--	------	--