

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

← 依頼日を記入して下さい。

〒 〇〇〇-〇〇〇〇
 住所 群馬県〇〇〇市〇〇〇町〇〇-〇〇
 申請者 TEL 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
 氏名 株式会社〇〇〇〇 印

必ず記入し、押印して下さい。
 報告書及び請求書発行時の宛名として使用します。別の宛名を使用する場合は依頼書送信時、別紙に記入して下さい。

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	※ 株式会社〇〇〇〇		
所在地	※ 群馬県〇〇〇市〇〇〇町〇〇-〇〇		
設置者名	※ 株式会社〇〇〇〇		
管理者名	※ 株式会社〇〇〇〇 〇〇〇課		
管理者住所	※ 群馬県〇〇〇市〇〇〇町〇〇-〇〇		
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	昭和〇〇年〇〇月
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	FRP
		有効容量	※ 15.0m ³
	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 □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	群薬 太郎	電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

※印の欄は必ず記入して下さい。また、高置水槽が無い施設は高置水槽の欄は空白で結構です。

現場で管理をしている部署、業者等を記入して下さい。

該当する項目に○をつけて下さい。

【有効容量】
 水槽において適正に利用可能な容量のこと。

検査時、特に衛生上問題があった場合の措置です。
 特に取り決めがない場合は『検査時に判断』にチェックをお願いします。

※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	
---------	--	------	--