第5号様式（第5条関係）

東京都知事　　　　　　　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 　　　　法人にあっては、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：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　点検月日項　　目 | 12月日 | 1 月　日 |  2月　日 |  3月 日 |  4月 日 |  5月　日 | 6 月　日 | 7 月　日 | 8 月　日 | 9 月　日 | 10月　日 | 11月　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 |
| 　　　　　　　　　　　　　実施月項　　目 | 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）　　　　　　　 　 ４　飲用等の設備の有無

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　点検月日項　　目 | 月　日 | 月　日　 |

|  |
| --- |
| 日野市、多摩市、稲城市に所在するビルの届出者の方〒206-0025　多摩市永山2丁目1番地5　東京都南多摩保健所　環境衛生担当 |
| その他の地域の届出者の方は所轄保健所へ問い合わせください。 |

【送付先】 | 設備の種類 | 有 無 |
| 点検、清掃が容易で衛生的な場所か |  |  | 中央式給湯設備 | 有（　　系統）無 |
| 槽又は上部に汚染の原因となる配管、設備等の有無 |  |  | その他の設備 | 有（炊事用専用給水・浴用専用給水無　　　　　　　 　　・中央式冷水） |
| 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 |  | 凡　　例○　　良レ　不　備　△　不十分／　設備無備考 |
| クロスコネクションの有無 |  |  |

（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。