

八王子市保健所長 殿

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：

項 目	点検月日	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月
	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	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

項 目	実施月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月
	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日
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）

項 目	点検月日	月 日	月 日
	点検、清掃が容易で衛生的な場所か		
槽又は上部に汚染の原因となる配管、設備等の有無			
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			
クロスコネクションの有無			

4 飲用等の設備の有無

設備の種類	有無	設備の種類	有無
給湯設備	有・無	浴用専用給水設備	有・無
冷水設備	有・無	炊事用給水設備	有・無

凡 例 ○ 良 レ 不 備 △ 不十分 / 設備無	備考
---------------------------------------	----

【送付先】

〒192-0046 八王子市明神町3-19-2  
東京たま未来メッセ 庁舎・会議室棟5階  
八王子市保健所 生活衛生課 環境衛生担当  
TEL 042-645-5142

(注) 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。