

**依頼書 記入例
(書類検査)**

書類検査は特定建築物のみ受けることができます。

特定建築物とは、特定用途(※)に利用される部分の面積が、3,000m²以上(学校教育法第1条に規定する学校の場合は8,000m²以上)の建築物です。

※特定用途: 興行場、百貨店、集会場、図書館、博物館・美術館、遊技場、店舗、事務所、学校等、旅館・ホテル

必ず記入をお願いします。

※ご記入がない場合、結果書発行などの遅れの原因となります。(システムで管理しますので、わかりやすい文字で記入してください。)

分かる範囲でご記入ください。

※印字の内容に訂正がある場合には、手書きで修正(二重線)してご提出ください。

提出用 簡易専用水道検査依頼書(書類検査)

受付年月日 20 年 月 日
受付番号 K -

一般財団法人 広島県環境保健協会 宛

水道法(昭和32年法律第177号)第34条の2第2項の規定に基づく検査を、管理の状況を示す書類を添付のうえ依頼します。

検査をご依頼される皆様へ

検査結果が特に衛生上問題があると認められた場合、管轄する市町または保健所に、当協会がその旨を代行報告することについて同意いただけますか。

はい いいえ

いずれかに✓をご記入ください。なお、無回答の場合は「いいえ」の扱いとなります。(下枠も同様です。)

個人所有者の方へ

検査を受検された旨を、管轄する市町または保健所に、当協会が情報提供することについて同意いただけますか。

はい いいえ

いずれかに✓をご記入ください。

①**自社**: 管理技術者が設置者の会社や団体に所属している場合です。
②**専任**: 管理技術者がこの建築物のみ専属で管理している場合です。
兼任: 管理技術者が他の施設の管理も兼任している場合

*印字事項は前回通りとなっております。変更の場合は二重線で取消し、正式なものを余白に記入して下さい。(訂正印必要)

簡易専用水道 設置者住所氏名	〒 ×××-×××× 広島市中区〇〇町△-△ 〇〇 株式会社 (医療法人 〇〇 ...等) * 役職名および代表者氏名をご記入ください。(例: 理事長 〇〇 太郎) 代表取締役 環境 太郎		住所に続けて事業所名もご記入ください。	
簡易専用水道の所在地及び当該建築物の名称	〒 ×××-×××× 福山市山手町口-口 建物の名称		実際に現場検査を行う施設の住所と建築物の名称をご記入ください。	
建築物の用途	事務所		竣工年月	平成〇〇年△月
建築物環境衛生管理技術者	氏名 〇〇 〇〇	免許番号 第 ×××××× 号	<input checked="" type="checkbox"/> 自社 <input type="checkbox"/> 他社 <input checked="" type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼任	
給水方式	高置水槽方式	防錆剤 無	滅菌装置使用 無	利用者数 人/日 使用水量 m ³ /月
水槽の種別	有効容量 m ³ 槽数 	材質 FRP	構造型式 パネル型	設置場所 屋外地上
受水槽	19.0 m ³ 1 基	FRP	パネル型	屋外地上
高置水槽	6.0 m ³ 1 基	FRP	パネル型	屋上
過去一年間における保健所の立入検査(立入指導を含む)の状況	<input type="checkbox"/> 1. 受けたことがある。(直近の立入検査日、年 月 日) <input type="checkbox"/> 2. 受けたことがない。		*受けたことがある場合は、次の事項について記入してください。 立入検査で指示を受けた事項 (簡易専用水道に関係する事項を記入してください。)	
この書類の内容についての問い合わせ先	所属 (いずれかにチェック) <input type="checkbox"/> 設置者 <input type="checkbox"/> 施設駐在者 <input type="checkbox"/> 代行者	部署 〇〇管理課	氏名 △△ △△	TEL xxx - xxx - xxxxx 内線 ()
検査結果書郵送先	<input type="checkbox"/> 設置者 <input type="checkbox"/> 代行者 <input type="checkbox"/> その他			
検査手数料	1 施設あたり: 2,750円(税込) 別途、消費税相当額を請求させていただきます。 ※お振り込み手数料は貴方のご負担でお			
前納	<input type="checkbox"/> 現金: 20 年 月 日 円受領 受領者() 領収先	<input type="checkbox"/> 振込: 20 年 月 日 (郵便局)・(銀行)		
後日支払請求先	請求書宛名 <input type="checkbox"/> 設置者 <input type="checkbox"/> 代行者 <input type="checkbox"/> その他	〒		
送付先	<input type="checkbox"/> 設置者 <input type="checkbox"/> 代行者 <input type="checkbox"/> その他			
依頼代行者	郵便番号	住所①	市	区
<input type="checkbox"/> 前回と同じ	住所②	町		
<input type="checkbox"/> 変更あり(右側に記入)	企業名	担当者名	部署名	氏名
	連絡先	TEL	-	-
特記事項	依頼代行者に変更があった場合 ・「 <input checked="" type="checkbox"/> 変更あり」に(✓)チェックを入れて、右側の住所会社名記入欄に新しい連絡先等を記入してください。			

いずれかに✓をご記入ください。

- ・ 設置者 → 設置者住所へ郵送いたします。
- ・ 代行者 → 依頼代行者の欄に住所、企業名、担当者名、連絡先をご記入ください。
※ 〇〇管理、△△株式会社等 代行してご依頼されるところが該当します。
- ・ その他 → 上記2つに該当しない場合は、こちらを選択していただき、横の欄に住所、氏名をご記入ください。

検査手数料支払い方法に✓をご記入ください。

当日支払: 検査時あるいは依頼時に支払
後日支払: 検査後に請求書を郵送

※ その他を選択された場合は、請求先の住所、氏名をご記入願います。

本部 (082) 232-6487(直通) FAX (082) 293-8010
東部支所: 〒720-0092福山市山手町5丁目32-26 TEL (084) 952-0007 FAX (084) 952-0009

*本依頼書に記述された情報は、検査結果書、業務連絡、事業活動及び提供するサービス以外には使用しません。

当協会手エック欄	ビル管	20 年 月 日
水質	省略不可	20 年 月 日
	消毒副生成物	20 年 月 日
	残塩記録	20 年 月 日
		~ 20 年 月 日