

※黄色の部分は必ずご記入ください。

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

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

*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 <small>(法人の場合は事務所所在地および名称ならびに代表者氏名)</small>	〒		* 役職名および代表者氏名をご記入ください。(例: 理事長 ○○ 太郎) 役職名 代表者氏名	
建築物の所在地及び名称	〒			
建築物の用途			竣工年月	
建築物環境衛生管理技術者	氏名	免許番号	第 号	<input type="checkbox"/> 自社 <input type="checkbox"/> 他社 <input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼任
施設の概況	給水方式	防錆剤	減菌装置使用	利用者数 人/日 使用水量 m ³ /月
	水槽の種類	有効容量	槽数	材質 構造型式 設置場所
	受水槽	m ³	基	
	高置水槽	m ³	基	
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。		左記の改善方法および改善完了(予定)年月日	
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	部署	氏名
		<input type="checkbox"/> 施設駐在者 <input type="checkbox"/> 代行者	TEL - -	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	〒		
支払方法	検査手数料	1施設あたり:2,500円(税抜) 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をお願いします。		
	前納	<input type="checkbox"/> 現金: 20 年 月 日 円受領 受領者()	領収先	依頼者・
		<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	〒 -		整理者名・月日
	<input type="checkbox"/> 前回と同じ	住所①	郡 市 区	
	<input type="checkbox"/> 変更あり (右側に記入)	住所②	町	
	企業名	担当者名	部署名	氏名
	連絡先	TEL - -	内線 ()	

特記事項

当協会チエック欄	管理状況表	20 年 月 日
	清掃報告書	20 年 月 日
	ビル管	20 年 月 日
	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 ~ 20 年 月	

本部 : 〒730-8631広島市中区広瀬北町9-1 TEL (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。