

依頼日：平成 年 月 日

(財) 東京顕微鏡院 食と環境の科学センター

立川研究所 営業部 営業第3グループ 担当： 宛

FAX: 042-525-3645

## 簡易専用水道検査依頼書

太枠線内ご記入の上、上記までFAXにてお申し込みください。

検査施設	名称：	
	住所：〒 -	
	TEL：	
現地担当者 (管理人)	常駐・不在	勤務日 曜日： ~：
設置者 (所有者)	管理組合 ・ その他 ・ 所有者 ( )	
主用途	共同住宅 ・ 事務所 ・ 店舗 ・ 学校 ・ その他 ( )	
竣工年月	昭和 ・ 平成 年 月	
規模	地上 F 地下 F ・ 延床面積： m <sup>2</sup>	
水槽の有効容量	受水槽： m <sup>3</sup> ・ 高置水槽： m <sup>3</sup>	
依頼者連絡先 ・ ご担当者	住所：〒 -	
	会社名：	担当者： 印
	TEL：	FAX：
請求書宛名	依頼者名(会社名) ・ 検査施設名 ・ 管理組合 ・ その他 ( )	
検査希望時期	平成 年 月 初旬 ・ 中旬 ・ 下旬	

※東京都の場合 ・受水槽の有効容量が10tを超えないもの(小規模給水施設)については、検査受検義務はありません。  
・特定建築物(ビル管ビル)については、検査が免除されます。

但し、上記条件に該当する施設でも受検意思がある場合は検査いたします。

備考