

依頼日： 年 月 日

(一般・財)東京顕微鏡院 立川研究所

簡易専用水道検査部 担当： 宛

FAX:042-525-3645 TEL:042-525-3186

## 簡易専用水道検査 依頼書【新規】

検査施設	名称：	
	住所：〒 -	
	TEL：	
現地担当者 (管理員)	常駐・不在	勤務日 曜日 : ~ :
設置者 (所有者)	管理組合 ・ その他( )	
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 ・ 令和 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	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	令和 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

---

---