

(様式例 2)

飲料水用 (毎日)

(井水用、床下受水槽用)

検印欄

年度 (月 ~ 月) 外観と残留塩素の検査
及び塩素滅菌器の点検記録

場所																	
月 日 (曜日)	検査者	時刻	色	濁り	臭い	味	残留塩素	塩素滅菌器	月 日 (曜日)	検査者	時刻	色	濁り	臭い	味	残留塩素	塩素滅菌器
2 ()									2 ()								
3 ()									3 ()								
4 ()									4 ()								
5 ()									5 ()								
6 ()									6 ()								
7 ()									7 ()								
8 ()									8 ()								
9 ()									9 ()								
10 ()									10 ()								
11 ()									11 ()								
12 ()									12 ()								
13 ()									13 ()								
14 ()									14 ()								
15 ()									15 ()								
16 ()									16 ()								
17 ()									17 ()								
18 ()									18 ()								
19 ()									19 ()								
20 ()									20 ()								
21 ()									21 ()								
22 ()									22 ()								
23 ()									23 ()								
24 ()									24 ()								
25 ()									25 ()								
26 ()									26 ()								
27 ()									27 ()								
28 ()									28 ()								
29 ()									29 ()								
30 ()									30 ()								
31 ()									31 ()								
特記 事項																	

備考) 塩素滅菌器を使用している場合は、タンクの薬液量、注入ポンプの動作 (予備含む)、注入管の詰まり・漏れ
及び補充用の薬液量の点検を実施すること。