

課長	課長補佐	G. L	合 議	担当者

年 月 日

(宛先)

大津市公営企業管理者

指定工事店 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 () _____

床下集中排水システム検査結果報告書

大津市床下集中排水システムの取扱いに関する要領第8条の規定により関係書類を添えて検査結果を報告します。

- I. 設 置 場 所 大津市
- II. 使 用 者 名 _____
- III. 使用システム名 _____
- IV. 検 査 年 月 日 年 月 日 (午前・午後 時 分頃)
- V. 検 査 項 目 排水設備図の位置に設置されているか。 設置 ・ 相違
 外観に損傷があるか。 ある ・ ない
 床下配管は所定の位置で配管されているか。 設置 ・ 相違

上記の検査項目を確認しました。

検査した者の会社名

検査した者の氏 名

- VI. 添 付 書 類 写真 (床貼り付け前の配管全景・床貼り付け後の全景)