

様式 2 2 号

給水装置工事（ 中間 ・ 完成 ） 検査願

広島県水道広域連合企業団 東広島事務所長 様

指定工事業者

印

主任技術者

チェック者

承認番号 第 _____ 号 申込者 _____ の給水装置工事が完成し、次のとおり社内検査を行いましたので、貴事務所の工事検査を 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分からお願いします。

検査項目		検査基準	工事業者 チェック	水道局チェック 合 否		備考
1 舗装等復旧状況		道路、敷地に段差はないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 止水栓等	設置位置	官民境界から 1 m 以内か	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	BOX 高さ	GL より低くなっていないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	操作状況	止水栓等は垂直か、埋まってないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 メーター	設置位置	竣工図と合致しているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	設置深さ	検針又は取替が容易にできるか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	取付方向	流向は適正か	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	水平設置	表示面が真上にあるか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	伸縮止水栓	逆止弁付か、最縮状態でないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	BOX 高さ	GL より低くなっていないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	プレート	施工業者名等の記載はあるか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	保温材設置	シロ部に保温材が巻いてあるか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	耐寒箱以外
4 給水器具取付状況		ガタツキはないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5 竣工図	器具単位数	増減等はないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	配管状況	竣工図と現地は相違ないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6 洗管状況		濁りはないか、残塩 0.1mg/L 以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7 水量、水圧		適正水量、適正水圧か	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8 開始ハガキ		台所等に配置しているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9 減圧弁、逆止弁等		適正な位置に設置されているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10 受水槽		材質、吐水口空間、排水口空間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

検査日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	検査員	残塩測定 mg/L	備考
-----------------------------------	-----	--------------	----