

書き方見本

排水設備工事完了届

※太い枠内を記入または丸で囲み、竣工図2部を添えて、工事完了後5日以内に提出してください。

令和〇年〇月 〇日

稲城市長 殿

排水設備等計画確認通知書に記載されている番号を記入してください。

住所 稲城市東長沼〇〇〇番地
申請者氏名 稲城 太郎
電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

なお、確認及び検査は、ご自身で行っていただきます。

下水道番号	第 5□□□□ 号	【施工者検査項目】 市へ提出する前に、排水設備工事責任技術者が検査し、○印をつけること。 (該当しない項目は、訂正線を引くこと。) ※□は市のチェック欄			
工事完了日	令和 〇年 〇月 〇日	1. 公共ますへの接続確認	3. 配水管の状況	5. 分流式の確認	
工事施工場所	稲城市矢野口〇〇〇〇番地	①管接合部の完全密着 <input checked="" type="radio"/> 適・否 <input type="checkbox"/> 否	①土被 <input checked="" type="radio"/> 適・否 <input type="checkbox"/> 否	誤接続なし <input checked="" type="radio"/> 適・否 <input type="checkbox"/> 否	
施 工 者	住所	②埋戻・転圧状況 <input checked="" type="radio"/> 適・否 <input type="checkbox"/> 否	②勾配確認 <input checked="" type="radio"/> 適・否 <input type="checkbox"/> 否	6. 図面との相違	①汚水の表示 <input checked="" type="radio"/> 適・否 <input type="checkbox"/> 否
	氏名	③側塊目地の破損など (コンクリート製の場合) <input checked="" type="radio"/> 適・否 <input type="checkbox"/> 否	③管径 <input checked="" type="radio"/> 適・否 <input type="checkbox"/> 否		
	電話	④蓋の表示 <input checked="" type="radio"/> 適・否 <input type="checkbox"/> 否	④流れの確認 <input checked="" type="radio"/> 適・否 <input type="checkbox"/> 否	7. 井戸水の状況	③記号の表示 <input checked="" type="radio"/> 適・否 <input type="checkbox"/> 否
		2. 掃除口の確認	4. トラップの確認	①接続 <input type="checkbox"/> 有・無 <input type="checkbox"/> 無	
		①設置位置 <input checked="" type="radio"/> 適・否 <input type="checkbox"/> 否	①設置の位置 <input checked="" type="radio"/> 適・否 <input type="checkbox"/> 否	②メータ <input type="checkbox"/> 有・無 <input type="checkbox"/> 無	
		②構造・機能 <input checked="" type="radio"/> 適・否 <input type="checkbox"/> 否	②構造・機能 <input checked="" type="radio"/> 適・否 <input type="checkbox"/> 否		
		③蓋の表示 <input checked="" type="radio"/> 適・否 <input type="checkbox"/> 否	③外流し泥溜め <input checked="" type="radio"/> 適・否 <input type="checkbox"/> 否		
		④地表面との高さ <input checked="" type="radio"/> 適・否 <input type="checkbox"/> 否			
		⑤開閉状況の確認 <input checked="" type="radio"/> 適・否 <input type="checkbox"/> 否			

太枠内のみを記入し、必要事項に○をつけてください。
工事が終わったら速やかに提出をお願いします！



検査日: 年 月 日 時 分頃
引き渡し: 前 済 (告示 有・無) ※無は業務係へ確認
検査説明: 通水の準備 ます開閉 他
検査結果: 合格 不合格 (再検査日:)
備考:
合格日: 年 月 日 検査証交付 台帳

課長	係長			

担当者氏名: 下水道夫 電話番号: 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

(注) 押印は:

承諾を得た上で届け出て下さい。

年 月 日

©K.Okawara・Jet Inoue

稲城市