

減圧式逆流防止器定期点検報告書

年 月 日

安城市水道事業 安城市長

申請者（所有者）

住所.....

氏名.....(※)

電話（.....）.....

(※) 本人（代表者）が手書きしない場合は、記名押印してください。

水道番号			
建物の名称			
設置場所			
管理人	住所		
	氏名		
	電話		
点検（委託）業者	住所		
	氏名		
	電話		
メーカー名		形式・口径	
点検日		修繕の有無	
点検項目 <input type="checkbox"/> 逃し弁からの漏水の確認が容易にできる。 <input type="checkbox"/> ストレーナーの清掃 <input type="checkbox"/> 逃し弁からの漏水			
備考（修理又は交換をした場合など）			