

〇〇 保健所長 様

住所 〇〇市〇〇町・・・

氏名 (法人にあっては名称及び代表者氏名)

株式会社〇〇

代表取締役 〇〇 〇〇

電話番号・・・・・・－・・・・・・－・・・・・・

管理や事務について法令等により委任されている

特定建築物維持管理業務実施状況について

令和 5 年度に実施した特定建築物の維持管理業務について、次のとおり報告します。

※1 特定建築物所有者等 (特定建築物所有者 又は特定建築物の全部の管理について権原を有する者)	氏名	株式会社〇〇 代表取締役 〇〇 〇〇 <input checked="" type="checkbox"/> 所有者 <input type="checkbox"/> 所有者以外の全部の管理の権原を有する者
	住所	〇〇市〇〇町・・・
特定建築物維持管理権原者	氏名	株式会社△ 代表取締役 △ △△ <input type="checkbox"/> ※1に同じ (記載不要)
	住所	△市△町・・・ <input type="checkbox"/> ※1に同じ (記載不要)
特定建築物	名称	〇〇ショッピングセンター
	所在地	〇〇市〇〇町・・・
建築物環境衛生管理技術者	所属	〇〇株式会社 施設管理課
	氏名	〇〇 〇〇
	他の施設での管理技術者としての選任	選任有 ・ 選任無 ※選任有の場合は、建築物衛生法施行規則第 2 0 条第 1 項第 3 号に規定する書面 (確認書) の写しをあわせて提出すること。
	選任有の場合は当該特定建築物の名称及び所在地	

1 設備等の概要

空調・換気設備の種類	空気調和設備 ・ 機械換気設備	
冷却塔の有無	有 (使用期間 5 月～ 1 0 月) ・ 無	
加湿装置の有無	有 (使用期間 1 1 月～ 3 月) ・ 無	
中央式給湯設備の有無	有 ・ 無	
飲料水の種類	上水道水源	上水道直接 ・ 簡易専用水道 ・ 小規模貯水槽 ・ 専用水道
	自己水源	専用水道 ・ 水道法適用外の施設

雑用水の種類 (□にチェック) □ 飲料水と同一系統 □ 飲料水と(一部)別系統	上水道水源	上水道直接 ・ 簡易専用水道 ・ 小規模貯水槽 ・ 専用水道
	自己水源	専用水道 ・ 雨水 (用途 トイレ)水処理水(用途) 地下水(用途) ・ その他((用途))

2 空気環境の調整

空気環境の測定	(6回) / 年 測定日 ()	
ホルムアルデヒド の測定	令和4年6月1日～令和5年5月31日までの間の 特定建築物の建設、大規模修繕、模様替えの有無	有 ・ 無
	測定日 (令和 5年 7月 5日)	
基準適合状況	浮遊粉塵量	全て適合 ・ 不適合あり (測定日、測定場所、測定値は別紙のとおり)
	一酸化炭素	全て適合 ・ 不適合あり (測定日、測定場所、測定値は別紙のとおり)
	二酸化炭素	全て適合 ・ 不適合あり (測定日、測定場所、測定値は別紙のとおり)
	温度	全て適合 ・ 不適合あり (測定日、測定場所、測定値は別紙のとおり) ・ 適用なし
	相対湿度	全て適合 ・ 不適合あり (測定日、測定場所、測定値は別紙のとおり) ・ 適用なし
	気流	全て適合 ・ 不適合あり (測定日、測定場所、測定値は別紙のとおり)
	ホルムアルデヒド	全て適合 ・ 不適合あり (測定日、測定場所、測定値は別紙のとおり) ・ 適用なし
冷却塔供給水	水道水 ・ その他 () *その他の場合は分析結果を添付	
加湿装置供給水	水道水 ・ その他 () *その他の場合は分析結果を添付	
冷却塔・冷却水の汚れの点検	実施日 (5/5,6/5,7/5,8/5,9/5,10/5) ・ 適用なし	
冷却塔・冷却水の水管の清掃	実施日 (10/5) ・ 適用なし	
加湿装置の汚れの点検	実施日 (11/5,12/5,1/5,2/5,3/5) ・ 適用なし	
加湿装置の清掃	実施日 (3/5) ・ 適用なし	
排水受けの汚れ・閉塞状況の点検	実施日 (4/5,5/5,6/5,7/5,8/5,9/5,10/5,11/5,12/5,1/5,2/5,3/5) ・ 適用なし	

3 飲料水の管理

遊離残留塩素の測定	頻度 (1) 回 / (週) 3月の実施日 (1,8,15,22,29)	
遊離残留塩素の基準	全て適合 ・ 不適合あり (測定日、測定場所、測定値は別紙のとおり)	
中央式給湯設備の給湯水の遊離残留塩素の測定	頻度 () 回 / () 3月の実施日 () ・ 適用なし	
中央式給湯設備の給湯水の遊離残留塩素の基準	全て適合 ・ 不適合あり (測定日、測定場所、測定値は別紙のとおり)	
水質検査の実施	一般細菌等 11項目 ^{注1}	実施日 (6/5,12/5) ・ 適用なし
	鉛等 5項目 ^{注2}	実施日 (6/5,12/5) ・ 適用なし
	クロロホルム等 12項目 ^{注3}	実施日 (6/5) ・ 適用なし
	四塩化炭素等 7項目 ^{注4}	実施日 (R3~R5年度) (年 月 日) ・ 適用なし

水質の基準	全て適合 ・ 不適合あり (測定日、測定場所、測定値は別紙のとおり)	
水質検査の実施 (給湯水)	一般細菌等 11項目 ^{注1}	実施日() ・ 適用なし
	鉛等 5項目 ^{注2}	実施日() ・ 適用なし
	クロロホルム等 12項目 ^{注3}	実施日() ・ 適用なし
	四塩化炭素等 7項目 ^{注4}	実施日 (R3~R5年度) (年 月 日) ・ 適用なし
水質の基準(給湯水)	全て適合 ・ 不適合あり (測定日、測定場所、測定値は別紙のとおり)	
貯水槽の清掃	実施日(9/5) ・ 適用なし	
貯湯槽の清掃	実施日() ・ 適用なし	

4 雑用水の管理 (水道水の使用の場合は記載不要)

遊離残留塩素の測定	頻度 (1)回 / (週) 3月の実施日 (1,8,15,22,29)	
遊離残留塩素の基準	全て適合 ・ 不適合あり (測定日、測定場所、測定値は別紙のとおり)	
水質検査の実施	pH値、臭気、外観	頻度 (1)回 / (週) 3月の実施日 (1,8,15,22,29)
	大腸菌、濁度	実施日 (4/5,6/5,8/5,10/5,12/5,2/5)
基準適合状況	pH値	全て適合 ・ 不適合あり (測定日、測定場所、測定値は別紙のとおり)
	臭気	全て適合 ・ 不適合あり (測定日、測定場所、測定値は別紙のとおり)
	外観	全て適合 ・ 不適合あり (測定日、測定場所、測定値は別紙のとおり)
	大腸菌	全て適合 ・ 不適合あり (測定日、測定場所、測定値は別紙のとおり)
	濁度	全て適合 ・ 不適合あり (測定日、測定場所、測定値は別紙のとおり) ・ 適用なし
水槽の点検	実施日 (4/5,5/5,6/5,7/5,8/5,9/5,10/5,11/5,12/5,1/5,2/5,3/5)	

5 排水設備等の管理

排水設備の清掃	実施日 (4/5,10/5)	
大掃除の実施	実施日 (4/5,10/5)	
ねずみ等の防除 ○ねずみ、昆虫その他の人の健康を損なう事態を生じさせるおそれのある動物が対象	一般区域	実施日 (4/5,10/5)
	食料、廃棄物関連区域	実施日 (4/5,5/5,6/5,7/5,8/5,9/5,10/5,11/5,12/5,1/5,2/5)
	生息調査の状況	実施 ・ 未実施
	殺そ剤、殺虫剤の種別 (建築物内での使用のもの、複数回答可)	医薬品 ・ 医薬部外品 ・ 使用無し 不快害虫用薬剤 ・ 農薬 ・ その他()

6 報告の直近に行ったねずみ等防除の状況

防除実施日（期間）	令和 6年 3月 6日 ~ 令和 6年 3月 9日
防除対象・実施場所	ねずみ、ごきぶり 厨房
生息調査の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 実施 内容 トラップによる調査 虫体・糞、足跡の目視調査 ・ 未実施
目標水準の設定	<input checked="" type="checkbox"/> 設定 ・ 設定なし
防除の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1 人や環境に配慮して実施 2 特に配慮せず実施
防除の内容	1 生息調査の結果、許容水準のため対策不要とした 2 薬剤は使用せず、発生源対策・侵入防止対策を行った <input checked="" type="checkbox"/> 3 発生源対策・侵入防止対策を行い、併せて薬剤も使用した 4 薬剤による防除のみ行った。
薬剤使用の場合 薬剤の使用状況	1 生息が確認された場所のみ使用した <input checked="" type="checkbox"/> 2 発生しやすい場所に発生予防的効果を期待して使用した 3 生息が確認された場所及び発生しやすい場所で使用した 4 一律に散布を実施した
利用者への周知	実施 方法 建物入口に実施前後5日間内容を掲示 ・ 未実施 項目 実施日、使用薬剤の種類、量、処理法、処理区域

7 届出事項の変更等

5年度中の 届出事項の変更	構造設備	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有
	管理技術者	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (→)
	その他の届出事項	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 ()
帳簿類の備付け	(5) 年保存 ・ 保管場所 (施設管理課事務室)	

8 冷却塔のレジオネラ属菌対策（参考事項）

5年度中の実施の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 内容 冷却水にレジオネラ属菌殺菌剤を添加した。 7月10日にレジオネラ属菌検査を実施した。 ・ 無
------------	--

記入者所属・氏名	(所属) ○○○	☎ 058-000-0000
電話番号	(氏名) ○○ ○○○	

注1：一般細菌、大腸菌、亜硝酸態窒素、硝酸態窒素及び亜硝酸態窒素、塩化物イオン、有機物（TOC量）、pH値、味、臭気、色度、濁度
平成26年4月1日より「亜硝酸態窒素」が加わり11項目となった。

注2：鉛及びその化合物、亜鉛及びその化合物、鉄及びその化合物、銅及びその化合物、蒸発残留物

注3：クロロホルム、ジブロモクロロメタン、プロモジクロロメタン、プロモホルム、総トリハロメタン、シアン化物イオン及び塩化シアン、クロロ酢酸、ジクロロ酢酸、トリクロロ酢酸、臭素酸、ホルムアルデヒド、塩素酸

注4：四塩化炭素、シス-1・2-ジクロロエチレン及びトランス-1・2-ジクロロエチレン、ジクロロメタン、テトラクロロエチレン、トリクロロエチレン、ベンゼン、フェノール類（1・1-ジクロロエチレンは平成21年4月1日削除）

備考 1 記入方法は次のとおりとする。

①選択設問：該当する項目に○を付すこと。

②実施日：年を記入せず月日を記入すること。（例 3月2日測定 3/2）

③頻度：単位が空欄の場合は、日、週、月、年を記入すること。

④測定結果が基準不適合の場合：別紙（任意様式）に、測定項目、測定日、測定場所、測定値を記載し、報告に添付すること。

2 用語は、建築物における衛生的環境の確保に関する法律、同施行令、同施行規則による。