

床下集合排水システム満水及び通水試験結果報告

- 1 確認年度・確認番号   —
- 2 設置場所                           福岡市                    区                    丁目                    番                    号
- 3 申請者(建物の所有者)氏名

下記の通り試験を行い、システムに異常がなかったことを報告します。

満水試験年月日   年                    月                    日  
 通水試験年月日   年                    月                    日

接続器具	階数	器具トラップ	満水試験	通水試験		備考
		有・無	漏水なし	漏水なし	通水	
		有・無	□	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		有・無		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		有・無		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		有・無		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		有・無		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		有・無		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		有・無		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		有・無		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		有・無		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		有・無		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		有・無		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		有・無		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		有・無		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		有・無		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		有・無		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		有・無		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

排水設備指定工事店

住 所

\_\_\_\_\_

工事店名

\_\_\_\_\_

技術者氏名

\_\_\_\_\_