（その１）

|  |
| --- |
| フ　ー　ド　等　用　簡　易　消　自　動　消　火　装　置　点　検　票 |
| 名　　　称 |  | 防火　　管 理 者 |  |
| 所　　　在 |  | 立 会 者 |  |
| 点検種別 | 外観・機能・総合 | 点検年月日 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 |
| 点　検　者 | 資格　　　　　　番号 | 点 検 者所 属 会 社 | 社名　　　　　　　　　　　TEL |
| 氏名 | 住所 |
| 点　　検　　項　　目 | 点　　　検　　　結　　　果 | 措 置 内 容 |
| 種別・容量等の内容 | 判定 | 不 良 内 容 |
| 外　　　　　　　　観　　　　　　　　点　　　　　　　　検 |
| 装　置　本　体 | 設　置　場　所 |  |  |  |  |
| 消 火 薬 剤 貯 蔵 容 器 |  |  |  |  |
| 安 全 装 置 |  |  |  |  |
| 指 示 圧 力 計 |  |  |  |  |
| 電 源・電 圧・電 源 灯 |  |  |  |  |
| 接 地 |  |  |  |  |
| 箱 表 示 |  |  |  |  |
| 作 動 部 |  |  |  |  |
| 手 動 起 動 装 置 |  |  |  |  |
| 電 源 コ ン セ ン ト |  |  |  |  |
| 感　　　　知　　　　器 |  |  |  |  |
| 配　　　　　　　　　線 |  |  |  |  |
| ノ　　　　ズ　　　　ル |  |  |  |  |
| 導　　　　　　　　　管 |  |  |  |  |
| ガ 　ス　 遮　 断　 弁 |  |  |  |  |
| ダ　　ン　　パ　　ー |  |  |  |  |
| そ　の　他 |  |

備考　１　この用紙の大きさは，日本産業規格A４とする。

　　　２　種別・容器等の欄は，該当するものについて記入すること。

　　　３　判定欄は，正常の場合は○印，不良の場合は，×印を記入し，不良内容欄にその内容を記入す

ること。

　　　４　選択肢のある欄は，該当事項に○印を付すこと。

　　　５　処置内容欄は，点検の際処置した内容を記入すること。

（その２）

|  |
| --- |
| 機　　　　　　　　能　　　　　　　点　　　　　　　　検 |
| 装　置　本　体 | 容　　器　　本　　体 |  |  |  |  |
| 消　　火　　薬　　剤 |  |  |  |  |
| 加 圧 用 ガ ス 容 器 |  |  |  |  |
| 作　　　動　　　部 |  |  |  |  |
| 手　起　動　装　置 |  |  |  |  |
| 警　　報　　装　　置 |  |  |  |  |
| 感　　　知　　　器 |  |  |  |  |
| ガ　ス　遮　断　弁 |  |  |  |  |
| 導　　　　　　　管 |  |  |  |  |
| ダ　　ン　　パ　　ー |  |  |  |  |
| 連　　動　　機　　構 |  |  |  |  |
| そ　の　他 |  |  |  |  |  |
| 備　　　　　　　　　考 |  |
| 測 定 機 器 | 機　器　名 | 型　式 | 校正年月日 | 製造者 | 機 器 名 | 型　式 | 校正年月日 | 製造者名 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

備考　１　この用紙の大きさは，日本産業規格A４とする。

　　　２　種別・容器等の欄は，該当するものについて記入すること。

　　　３　判定欄は，正常の場合は○印，不良の場合は，×印を記入し，不良内容欄にその内容を記入す

ること。

　　　４　選択肢のある欄は，該当事項に○印を付すこと。

　　　５　処置内容欄は，点検の際処置した内容を記入すること。

|  |
| --- |
| フ　ー　ド　・　ダ　ク　ト　消　火　設　備　容　器 |
| NO | フードNO　 | 型　　式 | 製 造 番 号 | 製 造 年 | 製 造 者 | 認定型式番号 | 備　考 |
| １ |  |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |