**レジオネラ属菌自主検査結果報告書**

　　年　　月　　日

岩手県中部保健所長　様

営業者名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

施設名

電話番号

担当者名

　　年度浴槽内湯水等に係るレジオネラ属菌検査結果を次のとおり報告します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 検査場所 |  | | |  | | |  | | |
| 区分（該当に○） | ・浴槽  連日循環型浴槽  毎日換水型循環浴槽  非循環浴槽 | | ・シャワー  ・給湯栓  ・給水栓  ・その他【　　　】 | ・浴槽  連日循環型浴槽  毎日換水型循環浴槽  非循環浴槽 | | ・シャワー  ・給湯栓  ・給水栓  ・その他【　　　】 | ・浴槽  連日循環型浴槽  毎日換水型循環浴槽  非循環浴槽 | | ・シャワー  ・給湯栓  ・給水栓  ・その他【　　　】 |
| レジオネラ属菌検査採水日 |  |  | |  |  | |  |  | |
| レジオネラ属菌検査判明日 |  |  | |  |  | |  |  | |
| レジオネラ属菌検査機関 |  |  | |  |  | |  |  | |
| 検査結果 |  |  | |  |  | |  |  | |

◇注釈

・連日循環型浴槽･･･浴槽内の湯水を24時間以上にわたり、浴槽から完全な排出及び入れ替えをせずに、当該湯水を循環ろ過している方式の浴槽（年２回以上検査）

・毎日換水型循環浴槽･･･当該湯水を循環ろ過しているが、毎日完全に交換している浴槽

・非循環型浴槽･･･当該湯水を循環せずに使用している浴槽

※検査成績書の写しを添付すること。

※記入欄が足りない場合は、コピーして御使用ください。