## アパート・マンション等検査チェックリスト

| 検 | 坌  | <b></b>    | 丰   | 月  |          | 日 | 令和   |    | 年   | 月   | 月     | AM·I    | ? M          |   |
|---|----|------------|-----|----|----------|---|------|----|-----|-----|-------|---------|--------------|---|
| 設 |    | 置          |     | 場  |          | 所 |      |    |     |     |       |         |              |   |
| 住 | 居  | 表          | 示   | :  | <b>F</b> | 号 |      |    |     |     |       |         |              |   |
| 建 |    | 物          |     | 名  |          | 称 |      |    |     |     |       |         |              |   |
| 申 | 章  | 青 <i>=</i> | 者   | 住  |          | 所 |      |    |     |     |       |         |              |   |
| 申 | 請者 | ·氏名        | 及   | び連 | 絡        | 先 |      |    |     |     |       |         |              |   |
| 設 | 置  | 階 数        | 及   | Ţ  | 戸        | 数 |      | ß. | 皆数  |     |       |         |              |   |
| 受 | 水槽 | 有・無        | É   | 遠  | 隔戸       | 数 | 有    | (  |     | n   | ³) •無 |         | 戸            |   |
| 給 | 水等 | 支置 -       | 工 事 | 事  | 業        | 者 |      |    |     |     |       |         |              |   |
| 中 | 間  | 検 査        | 検   | 査  | 職        | 員 |      |    |     |     |       |         |              |   |
| 完 | 了  | 検          | 查   | 聙  | 鈛        | 員 |      |    |     |     |       |         |              |   |
| 階 | 数  | 部屋看        | 备号  | 水档 | 番        | 号 | チェック | メー | ーター | 一番号 | チェック  | クロスチェック | 指            | 数 |
|   |    |            |     |    |          |   |      |    |     |     |       |         |              |   |
|   |    |            |     |    |          |   |      |    |     |     |       |         |              |   |
|   |    |            |     |    |          |   |      |    |     |     |       |         | <u> </u>     |   |
|   |    |            |     |    |          |   |      |    |     |     |       |         |              |   |
|   |    |            |     |    |          |   |      |    |     |     |       |         |              |   |
|   |    |            |     |    |          |   |      |    |     |     |       |         |              |   |
| _ |    |            |     |    |          |   |      |    |     |     |       |         | <del> </del> |   |
|   |    |            |     |    |          |   |      |    |     |     |       |         |              |   |
|   |    |            |     |    |          |   |      |    |     |     |       |         |              |   |
|   |    |            |     |    |          |   |      |    |     |     |       |         |              |   |
|   |    |            |     |    |          |   |      |    |     |     |       |         |              |   |
|   |    |            |     |    |          |   |      |    |     |     |       |         |              |   |
|   |    |            |     |    |          |   |      |    |     |     |       |         |              |   |
|   |    |            |     |    |          |   |      |    |     |     |       |         |              |   |
|   |    |            |     |    |          |   |      |    |     |     |       |         |              |   |
|   |    |            |     |    |          |   |      |    |     |     |       |         | <u> </u>     |   |
|   |    |            |     |    |          |   |      |    |     |     |       |         | <u> </u>     |   |
|   |    |            |     |    |          |   |      |    |     |     |       |         | <u> </u>     |   |
|   |    |            |     |    |          |   |      |    |     |     |       |         |              |   |

| 階 | 数 | 部屋番号 | 水栓番号 | チェック | メーター番号 | チェック | クロスチェック | 指数 |
|---|---|------|------|------|--------|------|---------|----|
|   |   |      |      |      |        |      |         |    |
|   |   |      |      |      |        |      |         |    |
|   |   |      |      |      |        |      |         |    |
|   |   |      |      |      |        |      |         |    |
|   |   |      |      |      |        |      |         |    |
|   |   |      |      |      |        |      |         |    |
|   |   |      |      |      |        |      |         |    |
|   |   |      |      |      |        |      |         |    |
|   |   |      |      |      |        |      |         |    |
|   |   |      |      |      |        |      |         |    |
|   |   |      |      |      |        |      |         |    |
|   |   |      |      |      |        |      |         |    |
|   |   |      |      |      |        |      |         |    |
|   |   |      |      |      |        |      |         |    |
|   |   |      |      |      |        |      |         |    |
|   |   |      |      |      |        |      |         |    |
|   |   |      |      |      |        |      |         |    |
|   |   |      |      |      |        |      |         |    |
|   |   |      |      |      |        |      |         |    |
|   |   |      |      |      |        |      |         |    |
|   |   |      |      |      |        |      |         |    |
|   |   |      |      |      |        |      |         |    |
|   |   |      |      |      |        |      |         |    |
|   |   |      |      |      |        |      |         |    |
|   |   |      |      |      |        |      |         |    |
|   |   |      |      |      |        |      |         |    |
|   |   |      |      |      |        |      |         |    |
|   |   |      |      |      |        |      |         |    |
|   |   |      |      |      |        |      |         |    |
|   |   |      |      |      |        |      |         |    |
|   |   |      |      |      |        |      |         |    |