

〇〇 年 月 日

大阪市水道局長

残留塩素確認報告書

受注者

住所又は事務所所在地

商号又は名称

氏名又は代表者氏名

現場代理人（最終確認者）整理番号（指示番号）工事名称（指示名称）工事場所

水栓番号	所 在 地	残留塩素 有・無	実施年月日	DPD試薬の 使用期限	残留塩素 確認者

（仮管含む）

【DPD 試薬】製造者名：_____

（注1）用紙寸法は、日本工業規格A4とする。

（注2）“ ”の部分は年号を記入する。

（注3）現場代理人（最終確認者）及び残留塩素確認者を記入する。（複数人で確認すること。）