

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

印

整理番号（指示番号）

工事名称

工事場所

実施工期

水栓番号	使用者名	所在地	残留塩素 有・無	実施年月日	DPD試薬の 使用期限

（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。