

○○ 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。