

福岡県知事指定検査機関
一般財団法人 福岡県浄化槽協会
田川市大字夏吉 4 2
TEL 0120-967-560



様

検査日
検査番号
浄化槽番号
検査員
受理 No

送付先 貴所浄化槽の法定検査の結果は以下のとおりです

浄化槽管理者(設置者)	管轄		
名称	BOD処理性能		
設置場所	種類	型式名	
メーカー			
工事業者	建物用途		
保守点検実施者			
清掃実施者	放流先		
処理方式	使用開始年月日	設置年月日	
	処理対象人員	実使用人員	

総合判定

今回の検査の詳細は以下のとおりです。(注)各検査項目の評価は、○:良 △:可 ×:不可です。

所見 [文頭の数字はイラスト内の指摘箇所No.です]

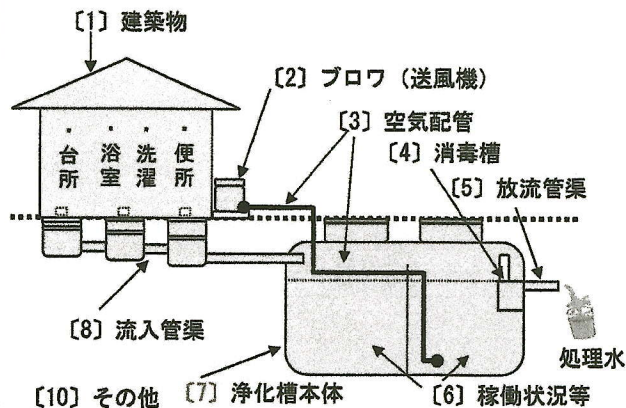
◆外観検査結果(外観、水質、書類検査項目の内容については裏面をご覧ください)

指摘箇所No.	
評価	
異常が認められる項目	

◆書類検査結果

保守点検	評価	清掃	評価
記録の有無		記録の有無	
記録の内容		記録の内容	
実施回数		実施回数	

【指摘箇所No. 図】※イラストはイメージです。



◆水質検査結果

検査項目	測定値			望ましい範囲	
	今回	評価	前回		
pH					
汚泥沈殿率(%)					
溶存酸素量(mg/L)					
塩化物イオン濃度(mg/L)					
透視度(度)					(2次処理水)
					放流水
残留塩素濃度(mg/L)					
BOD(mg/L)					

BOD 目標水質 20 mg/L

今回	
前回	

きれい

1 3 10 30 100 300