

※全ての事業所が回答(同一の建物の場合は代表サービスで回答)

介護保険課事業所支援係 行(FAX:0985-31-6337)
(担当:小野)

アスベスト使用実態調査チェック票

法人名:

事業所名:

T E L:

担当者:

使用している建物の所有の区分について

- 所有
 賃貸

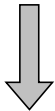
建築年及び構造の区分について

建築年月:【 年 月 】

- 木造
 鉄骨造
 鉄筋コンクリート造・鉄骨鉄筋コンクリート造

①平成18年9月1日以前に新築の工事に着手した建物である。

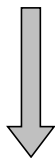
はい



いいえ⇒調査終了です。本チェック表のみ提出してください。
(平成18年9月1日以降に新築工事に着工したものは対象外です)

②「様式1-1 アスベスト使用実態調査表(施設個表)」を作成してください。 「様式1-1」で「ばく露のおそれのある施設(エ～キ)」に該当する施設となった。

はい



いいえ
(様式1-1のア～ウ)

未実施
(様式1-1のク・ケ)

⇒調査終了です。
(様式1-1)と併せて提出してください。

③「様式1-2 アスベストのばくろの恐れのある施設調査表(施設個表)」を作成してください。

調査終了です。(様式1-1)、(様式1-2)と併せて提出してください。

※(様式1-1)、(様式1-2)は市ホームページに掲載しています。

ご協力ありがとうございました。