様式第９号

（第１面）

**除害施設設置等計画（変更）届**

年　　　月　　　日

神戸市長　宛

|  |
| --- |
| 住所電話（　　　　　　）　　　　　　－　 |
| 氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名） |

届 出 者

除害施設の設置等の（計画・変更）について次のとおり届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 工場又は事業場の名称 |  |
| 工場又は事業場の所在地 |  |
| 業種及び製品名 |  |
| 操業日数 | 1月当たり　　　　　日 |
| 操業時間 | 時 分から 時 分まで |
| 除害施設の計画内容 | 施設の名称 |  |
| 工事期間 | 着工予定　　　　　年　　　　　月　　　　　日完成予定　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 計画除害水量 | 平均　　　　　　立方メートル／日　　最大　　　　　　立方メートル／日 |
| 対象水質項目 |  |
| 対象排水の種類 |  |

（第２面）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 廃水処理の方法 | （説明文、フロー図等を用いて記入してください。） |
| 処理前後の水質 | 水質項目 | 処　理　前 | 処　理　後 |
| 通常値 | 最大値 | 通常値 | 最大値 |
|  |  |  |  |  |
| 処理工程中の使用薬品 | 薬品名　　　　　　　　　使用量　　　　　　　　　目的 |
|  |
| 処理による残 | 種類　　　　　　　　　　　生成量　　　　　　　　　処分方法 |
|  |
| 生産工程中の使用薬品及び原材料 | 薬品名及び原材料名　　　　　　　　　　　　　　使用量 |
|  |

（第３面）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 排除される下水の量及び水質 | 排 出 口項 目 等 |  |  |  |  |
| 下水の量(立方メートル／日) | 通常 |  |  |  |  |
| 最大 |  |  |  |  |
| 水素イオン濃度（pH） | 最高 |  |  |  |  |
|  | ～ | ～ | ～ | ～ |
|  |
| 最低 |  |  |  |  |
|  | 通常 |  |  |  |  |
| 最大 |  |  |  |  |
|  | 通常 |  |  |  |  |
| 最大 |  |  |  |  |
|  | 通常 |  |  |  |  |
| 最大 |  |  |  |  |
|  | 通常 |  |  |  |  |
| 最大 |  |  |  |  |
|  | 通常 |  |  |  |  |
| 最大 |  |  |  |  |
|  | 通常 |  |  |  |  |
| 最大 |  |  |  |  |
|  | 通常 |  |  |  |  |
| 最大 |  |  |  |  |
|  | 通常 |  |  |  |  |
| 最大 |  |  |  |  |
|  | 通常 |  |  |  |  |
| 最大 |  |  |  |  |
| 排出先 |  |  |  |  |
| 排水の概要 |  |  |  |  |
| その他の参考事項 |  |

（第４面）

|  |  |
| --- | --- |
| 用水及び排水の系統 | 用水及び排水の系統図を図示し、用途別の水使用量を図に付記してください。 |
| 用水概況を次の表に記入してください。 |
|  | 取水（立方メートル用水（立方　　　　　　　／日）メートル／日） | 上水道 | 工業用水道 | 地下水 | 海水 | その他 | 計 |  |
|  | 原料用水 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 洗浄用水 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 冷却用水 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ボイラー用水 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 生活用水 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | その他 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 計 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 用水使用量の季節的変動の概要 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 注意　用水使用量のうち、循環使用水量については、かっこ書きで記入してください。 |  |
| 添 付 書 類 | １　工場又は事業場付近見取図２　工場又は事業場平面図、主要機器等配置図３　工場又は事業場排水経路図４　操業系統図５　除害施設設計計算書６　除害施設構造図７　除害施設取扱説明書 |

注意　この届書は、本人又はその代理人が記入すること。