

配管設備腐食等に係る調査報告書

調査年月日 年 月 日

①マンション名称													
②スラブ下配管の確認方法													
③漏水の発生状況	<p>【発生箇所】</p> <p>【漏水の状況】</p> <table border="1" data-bbox="456 674 1331 1048"> <thead> <tr> <th data-bbox="456 674 595 716">発生箇所</th> <th data-bbox="595 674 772 716">発生年月</th> <th data-bbox="772 674 1331 716">確認方法</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="456 716 595 828"></td> <td data-bbox="595 716 772 828">年 月</td> <td data-bbox="772 716 1331 828"> <input type="checkbox"/>発生箇所の写真 <input type="checkbox"/>修繕履歴 <input type="checkbox"/>保険適用履歴 <input type="checkbox"/>その他 () </td> </tr> <tr> <td data-bbox="456 828 595 940"></td> <td data-bbox="595 828 772 940">年 月</td> <td data-bbox="772 828 1331 940"> <input type="checkbox"/>発生箇所の写真 <input type="checkbox"/>修繕履歴 <input type="checkbox"/>保険適用履歴 <input type="checkbox"/>その他 () </td> </tr> <tr> <td data-bbox="456 940 595 1048"></td> <td data-bbox="595 940 772 1048">年 月</td> <td data-bbox="772 940 1331 1048"> <input type="checkbox"/>発生箇所の写真 <input type="checkbox"/>修繕履歴 <input type="checkbox"/>保険適用履歴 <input type="checkbox"/>その他 () </td> </tr> </tbody> </table> <div data-bbox="456 1088 1331 1619" style="border: 1px solid black; padding: 20px; text-align: center;"> <p>発生箇所の写真、修繕履歴、保険適用履歴の写しなど</p> </div>	発生箇所	発生年月	確認方法		年 月	<input type="checkbox"/> 発生箇所の写真 <input type="checkbox"/> 修繕履歴 <input type="checkbox"/> 保険適用履歴 <input type="checkbox"/> その他 ()		年 月	<input type="checkbox"/> 発生箇所の写真 <input type="checkbox"/> 修繕履歴 <input type="checkbox"/> 保険適用履歴 <input type="checkbox"/> その他 ()		年 月	<input type="checkbox"/> 発生箇所の写真 <input type="checkbox"/> 修繕履歴 <input type="checkbox"/> 保険適用履歴 <input type="checkbox"/> その他 ()
発生箇所	発生年月	確認方法											
	年 月	<input type="checkbox"/> 発生箇所の写真 <input type="checkbox"/> 修繕履歴 <input type="checkbox"/> 保険適用履歴 <input type="checkbox"/> その他 ()											
	年 月	<input type="checkbox"/> 発生箇所の写真 <input type="checkbox"/> 修繕履歴 <input type="checkbox"/> 保険適用履歴 <input type="checkbox"/> その他 ()											
	年 月	<input type="checkbox"/> 発生箇所の写真 <input type="checkbox"/> 修繕履歴 <input type="checkbox"/> 保険適用履歴 <input type="checkbox"/> その他 ()											
④備考													