|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **東京都立城東職業能力開発センター　江戸川校**  **実習室使用　事前チェックリスト**  　　　 年　　月　　日  団体名  担当者名  連絡先  東京都立城東職業能力開発センター江戸川校の実習室の使用を予定しているので、事前チェック  リストをＦＡＸします。 | | | | | | |
|  | 使用目的 |  | | | |  |
| 使用内容 | 施設の名称 | 年月日(　曜日) | 時　　　　　間 | |
| 実　習　室 | 年　　月　　日 ( ) | 時　　分から　　時　　分まで | |
| 年　　月　　日 ( ) | 時　　分から　　時　　分まで | |
| 年　　月　　日 ( ) | 時　　分から　　時　　分まで | |
| 年　　月　　日 ( ) | 時　　分から　　時　　分まで | |
| 具体的な  実施内容  (詳細にご記入下さい ) |  | | | |
| **実習室利用に際しての事前確認事項** | | | | |
| ①-ⅰ 下水道法第十二条の二に該当する物質及び油等を使用しますか。  　　 (東京都23区内の下水排除基準　参照)  ①-ⅱ 上記①-ⅰで｢はい｣の方 ⇒ 対象物質を全て持ち帰りますか。 | | | | □ はい　□ いいえ  □ はい　□ いいえ |
| ②-ⅰ 危険物質等[毒物・劇物、特化物、有機溶剤、危険物](※裏面参照)を  使用しますか。 | | | | □ はい　□ いいえ |
| ②-ⅱ 上記②-ⅰで｢はい｣の方 ⇒ 使用する危険物質等の名称をご記入ください。  　[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]  を全て持ち帰りますか。 | | | | |
| ③-ⅰ 産業廃棄物を排出しますか。  ③-ⅱ 上記③-ⅰで｢はい｣の方 ⇒ 産業廃棄物を全て持ち帰りますか。 | | | | □ はい　□ いいえ  □ はい □ いいえ |
| ④ 騒音・悪臭・振動・ばい煙が発生しますか。 | | | | □ はい　□ いいえ |
| ⑤ 作業中に、PH6.0～8.4(当校ISO基準)の範囲外の水が生じますか。 | | | | □ はい　□ いいえ |
| ⑥ 火気を使用しますか。 | | | | □ はい　□ いいえ |
| ⑦-ⅰ 複数日の利用により、機材等を施設内に留め置く予定がありますか。  ⑦-ⅱ 上記⑦-ⅰで｢はい｣の方 ⇒ 留め置く機材等の名称をご記入ください。 | | | | □ はい　□ いいえ |
| [　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　] | | | | |
|  | | | | |

ＦＡＸ送付先 ０３－５６０７－４８１６　　　　 　　　　　　　　　　　(日本工業規格A列4番)

(裏面)

※ 事前確認事項②の危険物質等とは、以下(1)から(5)までに掲げるものとする。

1. 毒物、劇物

毒物及び劇物取締法別表第1、第2、第3及び毒物及び劇物指定令第1条、第2条、第3条に掲げるものであって、医薬品及び医薬部外品以外のもの

　(2)　特定化学物質等

労働安全衛生法施行令別表第3に掲げるもの

　(3)　有機溶剤

労働安全衛生法施行令別表第6の2に掲げるもの

　(4)　危険物

消防法別表第1の品名欄に掲げるもの

　(5)　その他

(1)から(4)までに掲げるもののほか化学的な有害性・危険性を有するもの

注) 裏面のＦＡＸは不要です。