



佐世保市民間建築物吹付けアスベスト

改修支援事業 事前相談票

太枠内をご記入下さい。(所有者等)

年度	相談番号
	調・改

相談日	年 月 日 : ~ : ()			
相談者	<input type="checkbox"/> 建物所有者 <input type="checkbox"/> マンション管理組合 <input type="checkbox"/> 業者 <input type="checkbox"/> その他 ()			
氏名 住所	(Tel)			
建物名	建物所有者 ()			
建物所在地				
建物規模等	延べ面積	m ²	構造	木造 2階建て(地上 2階・地下 -階)
	用途			
建築年月	年 月 日 <input type="checkbox"/> その他 ()			
アスベスト の概要	室名称		部位	
	施工面積	(合計)概ね m ² (幅 m長さ m高さ m)		
予定工期	着手	年 月 日	完了	年 月 日
添付資料	<input type="checkbox"/> 案内図 <input type="checkbox"/> 平面図 <input type="checkbox"/> 現況写真 <input type="checkbox"/> その他 ()			

確認内容	・アスベストが含有されているおそれがある。 ()					
	・本市に存する建築物であり、封じ込め又は囲い込みの措置を行っていない。 ()					
	・露出して吹き付けられている。 ()					
	・建築基準法による耐火性能 <input type="checkbox"/> 要求あり <input type="checkbox"/> 要求なし					
所見	現地調査日時 年 月 日			受領印		
<input type="checkbox"/> 対象物件としての条件を満足している。 <input type="checkbox"/> 対象物件としての条件を満足していない。			課長	補佐	係長	担当