

設備確認チェックリスト

実施日	平成	年	月	日	時	分	実施者
設備	確認項目						
電気	<input type="checkbox"/> 電灯はつくか <input type="checkbox"/> 電気器具から異音・異臭はないか ※電気設備の確認の際には、ガス臭がしないことを確認する						
水道	<input type="checkbox"/> 水は流れるか <input type="checkbox"/> にごりや異臭はないか <input type="checkbox"/> 漏水していないか						
電話	<input type="checkbox"/> 通話できるか <input type="checkbox"/> FAXは使えるか						
トイレ	<input type="checkbox"/> 室内は安全か(落下物など危険はないか) <input type="checkbox"/> 便器は使用可能か(破損はないか) <input type="checkbox"/> 下水は流れるか						