第２号様式（第４条関係）

|  |
| --- |
|  　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日 |
|  |
| （宛先） 高槻市　　消防署長　 |
|  |
|  　　　　　　 　　　届出者　　　 |
|  　　　　　　　　　住　所　　 |
|  　　 　　　　　　　（電話番号　　　　　　）  |
|  　　　　 　　　　氏 名　　　　　　　　　 |
|  |
|  | 　　　　　　　　　　　　（電話番号　　　　　　　　　） |
|  |  |
|  | 　 |
| 建築確認年月日 |  | 建築確認番号 |  |
| ※消防同意年月日 |  | ※消防同意番号 |  |
| 工事着手 |  | 工事完了（予定） |  | 使用開始（予定） |  |
| 他の法令による許可 |  |
|
| 敷地面積 |  　　　　 　　ｍ２ | 建築面積 |  　　　　 　ｍ２ |  | 　　　ｍ２ |
| 従業員数 |  | 公開時間又は従業時間 |  |
| 屋外消火栓・動力消防ポンプ・消防用水の概要 |  |
|
|  |  |
| ※　 | ※　 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 防　火　対　象　物　棟　別　概　要　（第　　　　号） | 用　　途 |  | 構　　造 |  |
| 種類階別 | 床面積㎡ | 用　途 | 収容人員 | 消　防　用　設　備　等　の　概　要 | 特殊消防用設備等の概　　　要 |
| 消火設備 | 警報設備 | 避難設備 | 消火活動上必要な施　 設 |
| 　階 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　階 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　階 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　階 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 階 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 階 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  |  |  |  |

備考

１　法人その他の団体にあっては、その名称、代表者の氏名及び主たる事務所の所在地を記入してください。

２　同一敷地内に２以上の棟がある場合には、棟ごとに「第３号様式、防火対象物棟別概要追加書類」に必要な事項を記入して添付してください。

３　建築面積及び延面積の欄は、同一敷地内に２以上の棟がある場合には、それぞれの合計を記入してください。

４　消防用設備等の概要欄には、屋外消火栓設備、動力消防ポンプ及び消防用水以外の消防用設備等の概要を記入してください。

５　※印の欄は記入しないでください。

６　防火対象物の配置図、各階平面図及び消防用設備等の設計図書（消火器具、避難器具等の配置図を含む。）を添付してください。

第３号様式（第４条関係）

防火対象物棟別概要追加書類

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 防　火　対　象　物　棟　別　概　要　（第　　　号） | 用　途 |  | 構　造 |  |
| 種類階別 | 床面積㎡ | 用　途 | 収容人員 | 消　防　用　設　備　等　の　概　要 | 特殊消防用設備等の概要 |
| 消火設備 | 警報設備 | 避難設備 | 消火活動上必要な施設 |
| 階 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 階 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 階 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 階 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 階 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 階 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 防　火　対　象　物　棟　別　概　要　（第　　　号） | 用　途 |  | 構　造 |  |
| 種類階別 | 床面積㎡ | 用　途 | 収容人員 | 消　防　用　設　備　等　の　概　要 | 特殊消防用設備等の概要 |
| 消火設備 | 警報設備 | 避難設備 | 消火活動上必要な施設 |
| 階 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 階 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 階 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 階 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 階 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 階 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  |  |  |  |