

木質バイオマス転換診断のための調査表

1 施設の概要について教えてください

施設名：()

施設の場所：()

運営主体：()

施設の構造：木造 鉄筋コンクリート造 鉄骨造 () 階建て ・ 平屋

施設の種類（該当箇所に○を）：温浴施設 ・ 福祉施設 ・ 宿泊施設 ・ 病院 ・
工場 ・ 事務所 ・ その他 ()

施設の営業（業務）時間 午前 時 から 午後 時、 終日

2 現在の熱利用について教えてください 該当する箇所に○を

冷房	電気	灯油	重油		
暖房	電気	灯油	重油	LPG	都市ガス
加温	電気	灯油	重油	LPG	都市ガス
給湯	電気	灯油	重油	LPG	都市ガス

3 温浴施設、ホテルなどでは利用者数や浴槽水量等をお教えてください
暖房の転換を希望される場合は暖房の対象面積をお教えてください

- ・利用者 毎日 () 名 から () 名
又は入所者等 () 名
- ・宿泊施設の場合、宿泊室数 () 室
- ・浴場箇所と水量 (トン)
カラン数 男子 () 箇所、 女子 () 箇所 その他 () 箇所
- 暖房の転換希望する場合のみ暖房対象面積 (m²)

4 化石燃料からの転換について、希望をお教えてください。

- () 燃料費を節減する。
- () バイオマスに切り替えによる CO2 削減を重視する。
- () 特に希望はない。

診断に際して特に希望があればお教えてください。

5 過去3年間の化石燃料等使用量と金額をお教えてください。

資料がない場合は1年間でもかまいません。合計は当方でいたします。別紙でも大丈夫です。電気の場合は、電気料金請求書の写しでも OK です。

使用量 単位 (L 立方メートル kWh) ← 該当する箇所に○

	() 年	() 年	() 年
4月			
5月			
6月			
7月			
8月			
9月			
10月			
11月			
12月			
1月			
2月			
3月			

金額または単価 円または 円/L など

	() 年	() 年	() 年
4月			
5月			
6月			
7月			
8月			
9月			
10月			
11月			
12月			
1月			
2月			
3月			

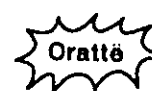
6 ご担当者の御連絡先をお願いいたします

お名前 ()
連絡手段 () お電話等)

※施設の平面図、配管図等がございましたら、ご惠与ください。

いただいた資料は、転換診断の目的のみで使用します。

以上



おらってにいがた
市民エネルギー協議会