

AED提供協力施設認定申請書

平成 年 月 日

東広島市消防局長 様

(申請者)

住 所

名 称

代表者氏名

AED提供協力施設の認定を受けたいので、東広島市AED提供協力施設公表制度に関する要綱第3条の規定に基づき、次のとおり申請します。

なお、付近で心肺停止傷病者が発生したときは、AEDを無償で提供することに協力します。また、協力施設であることを公表すること及び表示証を掲示することに同意します。

施設	名称						
	所在地						
AED	設置場所	階数	階	位置	付近		
	提供可能時間	曜日	□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日				
		時間					
		祝祭日					
		時間					
	機種情報	設置年月日	平成 年 月 日	設置区分	購入・リース		
メーカー名			機種名				
表示証	交付希望枚数	枚	掲示場所				
連絡先	所属		担当者氏名				
	電話番号						
	E-mail						
救急現場への搬送	可 ・ 否						
緊急連絡先	電話番号						

備考1 同一施設にAEDを複数設置している場合は、別紙を添付してください。

2 AED提供協力施設付近で心肺停止傷病者が発生したとき、又は認定要件に関する事項等について確認を要するときは、消防局から連絡をすることがあります。

3 「救急現場への搬送」とは、消防局から「緊急連絡先」に要請したときに、可能な範囲で、付近で発生した救急現場へAEDを搬送していただくことです。

【消防局記入欄】

受付年月日	経過欄	認定番号・AED番号
		第 一 号

別紙

A E D	設置場所	階 数	階	位 置	付近		
	提供可能時間	曜 日	□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日				
		時 間					
		祝祭日					
		時 間					
	機種情報	設置年月日	平成	年	月	日	設置区分
メーカー名					機種名		

【消防局記入欄】

受付年月日	経過欄	認定番号・AED番号
		第 一 号

A E D	設置場所	階 数	階	位 置	付近		
	提供可能時間	曜 日	□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日				
		時 間					
		祝祭日					
		時 間					
	機種情報	設置年月日	平成	年	月	日	設置区分
メーカー名					機種名		

【消防局記入欄】

受付年月日	経過欄	認定番号・AED番号
		第 一 号