

# 三股町AED使用協力事業所登録申請書

令和 年 月 日

三股町長 あて

申請者

所在地

事業所名

代表者氏名

下記項目に同意する場合は、にチェック✓をお願いします。同意がない場合は登録できません。

- 事業所名、所在地、AEDの事業所内設置場所を公表することを了承します。
- 営業時間中に近辺で救命措置が必要な事案が発生したときは、速やかにAEDを無償提供します。

事業所名	業種	
	〒 三股町	
所在地		
担当者氏名		
電話番号		
FAX番号		
メールアドレス		
AEDの情報	設置年月日	
	事業所内設置場所	
	メーカー名	
	機種名(形式等)	
	小児用パッド	有 ・ 無
営業時間 (AED使用可能時間)		