栃木市ＡＥＤ使用協力事業所登録申請書

令和　　年　　月　　日

栃木市長　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 |  |
| 所在地 | 〒栃木市 |
| 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） |  |
| 全国ＡＥＤマップ | 登録済　・　登録予定 |