

AEDパッド補給申請書

年 月 日

箱根町消防長 様

所在地
施設名
代表者
氏 名

箱根町AED貸出協力施設の登録及び公表に関する要綱第7条に基づき、次のとおり補給申請します。

施設名		
所在地	箱根町	電話 ()
AED使用年月日	年 月 日()午前・午後 時 分ころ	
AED使用場所	箱根町	
傷病者	<input type="checkbox"/> 近隣住民 <input type="checkbox"/> 観光客 <input type="checkbox"/> その他()	
実施者	<input type="checkbox"/> 従業員 <input type="checkbox"/> 近隣住民 <input type="checkbox"/> 観光客 <input type="checkbox"/> その他()	
使用概要		
AEDの情報	メーカー名	
	機種(形式等)	
	パッドの種類	
	数 量	
※ 受付	※ 備 考	

※印の欄は、記入しないでください。