

救命サポート事業参加申出書

事業所名： _____

AED設置事業所名： _____

代表者名： _____ (印)

住 所： 〒 _____

電話番号： _____ () _____

私達は、十日町地域メディカルコントロール協議会「救命サポート」
交付要綱の趣旨に賛同し、有事の際には協力いたします。

またAEDマップ作成時に「事業所名」、「電話番号」等の掲載に同意
いたします。

平成 年 月 日

事業所内AED取扱責任者

氏 名： _____

事業所内メールアドレス： _____ @ _____

設置 AED 製造会社： _____ 設置 AED 型式番号： _____

※以下事務局にて記入

受 付：平成 年 月 日
取 扱 者：
救命サポート
発行番号：No. _____
発行年月日：平成 年 月 日