

## 岩見沢市AED設置施設登録申込書

令和 年 月 日

岩見沢市長様

申込者

住所

氏名

印

設置者	所在地		
	施設名		
	代表者名	印	
	T E L F A X E-M a i l		
	担当者名		
	設置場所		
登録要件	・岩見沢市内にあり、AEDを設置し、適正に維持管理されていること。	はい	いいえ
	(維持管理の状況)		
	・毎日の動作確認 (目視によるインジケータランプの点滅確認含む。)	はい	いいえ
	・バッテリー使用期限 ( 年 月 日)		
	・AEDパッド使用期限 ( 年 月 日)		
	・岩見沢市AED設置施設の情報提供（ホームページへの掲載等）に協力できること。	はい	いいえ
・緊急時（公表施設の営業時間又は公開時間中に限る。）に、誰もが速やかにAEDを有効活用できるよう、AEDの提供ができること。	はい	いいえ	

(※印欄は記入しないでください。)

※受付番号等	※決裁欄
年 月 日	
第 号	

## 全国 AED マップ登録確認書

どちらかに○をつけてください

(一財) 日本救急医療財団が運営する「全国 AED マップ」への登録について

	1.      月      日に登録完了
	2. 次の理由により登録することができません
	理由記載欄

この確認書を FAX にてご返送願います

FAX : 0126-23-6019

令和    年    月    日

住      所

事業所名

担      当

T   E   L