

佐賀県医務課 AED 担当者 宛 . . . 以下の内容で AED シールの配布を希望します

別紙

A E D (自動体外式除細動器) 設置施設報告書

(年 月 日現在)

(報 告 者)
住 所
氏 名
T E L
F A X
担当者名

【 A E D を設置済みの施設】

施設名	郵便番号	所在地	設置台数	設置形態	設置時期	A E D 設置者	A E D 設置者所在地
	〒		台	購入・賃借	年 月		
	〒		台	購入・賃借	年 月		
	〒		台	購入・賃借	年 月		
	〒		台	購入・賃借	年 月		
	〒		台	購入・賃借	年 月		

- (注) 1 佐賀県内の施設についてのみ記入してください。
2 設置形態は、どちらかを○で囲んでください。
3 A E D 設置者は施設の管理者又は法人名等をご記入ください。
4 記載欄が不足する場合は、適宜コピーしてお使いください。