

おちや救命サポート事業届出書

年 月 日

小千谷市消防長 あて

届出者
住 所
名 称
代表者職氏名

事業所情報	名称*1			ホームページ等公表 可・否
	所在地	〒		
	事務連絡先	担 当		
		電話番号		
E-mail				
緊急連絡先	対応窓口*2 緊急連絡先	窓 口		
		電話番号 1		
		電話番号 2		
協力区分	AEDの貸出し	可能 ・ 不可の場合もある ・ 不可		
	AEDを届ける	可能 ・ 不可の場合もある ・ 不可		
	心肺蘇生	可能 ・ 不可の場合もある ・ 不可		
対応時間	曜 日	月・火・水・木・金・土・日（可能日に○印）		
	対応可能時間	時 分 ～ 時 分 ・ 24時間		
	その他 (年未年始等)			

備考*1 ホームページ等で公表する際の名称を記入してください。

*2 原則、協力を依頼する際は、消防本部総務課通信指令係から緊急連絡先に電話をします。連絡先は、できるだけ繋がりがやすく事情を分かる人が対応しやすい番号として下さい。

【消防本部記入欄】

受付年月日	AED登録台数	登録番号
	台	第 号

AED情報

AED登録No.					
AED 情報	設置場所	階 数	階		
		場 所			
	機種情報	設置区分	購入 ・ レンタル ・ リース その他 ()		
		メーカー名		機種名 (形式等)	

AED登録No.					
AED 情報	設置場所	階 数	階		
		場 所			
	機種情報	設置区分	購入 ・ レンタル ・ リース その他 ()		
		メーカー名		機種名 (形式等)	

AED登録No.					
AED 情報	設置場所	階 数	階		
		場 所			
	機種情報	設置区分	購入 ・ レンタル ・ リース その他 ()		
		メーカー名		機種名 (形式等)	

* 3台以上の場合はコピーしてください。