

岩見沢市AED設置施設登録申込書

平成 年 月 日

岩見沢市長様

申込者

住所

氏名

⑩

設置者	所在地			
	施設名			
	代表者名	⑩		
	T E L F A X E:Mail			
	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	