

別紙（第2条関係）

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： _____ ⑩

住 所： _____

電話番号： _____

私達は、十日町地域救急業務連絡協議会「救命サポート」交付要領の趣旨に賛同し、有事の際には協力いたします。

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

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： 年 月 日

取 扱 者：

救命サポート
発行番号：No. _____

発行年月日： 年 月 日