

様式第 1 号

茨城県自動体外式除細動器（AED）設置施設登録申請書

年 月 日

医療政策課長 殿

所在地

氏 名 (名称及び代表者名)

当施設は、茨城県自動体外式除細動器（AED）設置施設登録制度実施要項第 4 条に基づき、自動体外式除細動器（AED）設置施設として登録したいので、下記のとおり申請します。

記

設置施設情報	施設名		
	管理者名		
	所在地		
	連絡先	担当者名 電話 E-mail	F A X
A E D	電極パッド	成人用 ・ 小児用 ・ 両方 (いずれかに○を付けてください。)	
	使用可能な時期、時間等	時期： 曜日： 時間：	
	設置場所		
心肺蘇生等講習会を受講している者	氏名	講習会 名 称： 実施団体：	
所有者の許可がない場合の使用の可否	可 ・ 否 (いずれかに○を付けてください。)		

- 注) 1 AEDの設置場所は、容易に分かる位置に設置してあること。
2 原則としてAEDの所有者の許可がなくても使用可能であること。
3 AEDが医療機器として、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律上の承認を得ていること。

(記載要領)

- ※ 「施設名」欄は、施設の名称又は区分所有における独立した名称を記入すること。
※ 「設置場所」欄は、AEDの具体的な設置場所（例：1階ロビー、1階東側廊下）を記入すること。

様式第1号

茨城県自動体外式除細動器（AED）設置施設登録申請書

令和〇年 〇月 〇日

医療政策課長 殿

所在地 茨城県水戸市笠原町〇〇-△△
氏名 〇〇事務所
所長 〇〇 〇〇

当施設は、茨城県自動体外式除細動器（AED）設置施設登録制度実施要項第4条に基づき、自動体外式除細動器（AED）設置施設として登録したいので、下記のとおり申請します。

記

設置施設情報	施設名	〇〇事務所	
	管理者名	所長 〇〇 〇〇	
	所在地	水戸市笠原町〇〇-△△（AED設置施設の所在地）	
	連絡先	担当者名 △△課 担当 〇〇 〇〇 電話 XXX-XXX-XXXX FAX XXX-XXX-XXXX E-mail abcde123@xxxx.co.jp	
AED	電極パッド	<input checked="" type="checkbox"/> 成人用 ・ <input type="checkbox"/> 小児用 ・ <input type="checkbox"/> 両方 (いずれかに○を付けてください。)	
	使用可能な時期、時間等	時期：常時 曜日：月曜日～金曜日 時間：8：30～17：15	
	設置場所	1階 受付	
心肺蘇生等講習会を受講している者	氏名 〇〇 〇〇	講習会 名称：普通救命講習 実施団体：〇〇市消防本部	
所有者の許可がない場合の使用の可否	<input checked="" type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 否 (いずれかに○を付けてください。)		

「E-mail」や「使用可能な時期、時間等」欄について記入漏れに御注意ください。

- 注) 1 AEDの設置場所は、容易に分かる位置に設置してあること。
2 原則としてAEDの所有者の許可がなくても使用可能であること。
3 AEDが医療機器として、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律上の承認を得ていること。

(記載要領)

- ※ 「施設名」欄は、施設の名称又は区分所有における独立した名称を記入すること。
※ 「設置場所」欄は、AEDの具体的な設置場所（例：1階ロビー、1階東側廊下）を記入すること。