

FAX : 0287-23-7632

大田原市健康政策課健康政策係 宛

(添書不要)

A E D設置状況の変更について (回答)

事業所名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

担当者名 _____

AED の設置状況の変更についてご記入ください。

変更事由 (公表内容の変更 非公開に変更 A E Dの廃止)

設置施設名称	<input type="checkbox"/> 上記 に同じ	
所在地	<input type="checkbox"/> 上記 に同じ	
施設内設置場所	例) 北側入口横	
電話番号	<input type="checkbox"/> 上記 に同じ	
AED 利用可能曜日 (営業日)	全日 ・ () 曜日	
AED 利用可能時間 (営業時間)	: ~ :	
未就学児用パッドの有無	有 ・ 無 ・ 兼用	
備考		

※公表内容の変更の場合は変更する箇所のみを記載してください。

※非公開に変更、またはA E Dの廃止の場合は設置施設名称及び所在地、施設内設置場所を記載して提出してください。