

FAX : 0287-23-7632

大田原市健康政策課健康政策係 宛

(添書不要)

AED設置状況について (回答)

事業所名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

担当者名 _____

AED の設置状況についてご記入ください。

なお、こちらに記入いただいた情報を大田原市ホームページにて公開いたします。

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		