

様式第 1 号

茨城県自動体外式除細動器 (A E D) 設置施設登録申請書

平成 年 月 日

医療対策課長 殿

所在地
施設名

管理者名

印

当施設は、茨城県自動体外式除細動器 (A E D) 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 (A E D) 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

1 施設名		
2 管理者名		
3 所在地		
4 連絡先	担当者名 電話 F A X <u>E-mail</u>	
5 A E D 設置場所		
6 心肺蘇生等講習会を受講している者	氏名	講習会の名称
7 所有者の許可がない場合の使用の可否	いずれかに を付けてください。 可 ・ 否	

注) 1 「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。

2 A E D 設置場所 (A E D の具体的な設置場所 1 階ロビー, 1 階東側廊下) などと記入すること。

3 A E D の設置場所は、容易に分かる位置に設置してあること。

4 原則として A E D の所有者の許可がなくても使用可能であること。

5 A E D が医療器具として、薬事法上の承認を得ていること。