

様式第 2 号

茨城県自動体外式除細動器（A E D）設置施設登録取消書

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 7 条に基づき、自動体外式除細動器（A E D）設置施設としての登録を取り消したいので、下記のとおり提出致します。

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

（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。