**ＡＥＤ（自動体外式除細動器）設置施設報告書**

別紙

（　　　　　年　　　月　　　日現在）

（報　告　者）

住　所

氏　名

ＴＥＬ

ＦＡＸ

担当者名

**【ＡＥＤを設置済みの施設】**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施　設　名 | 郵便番号 | 所　在　地 | 設置台数 | 設置形態 | 設置時期 | ＡＥＤ設置者 | ＡＥＤ設置者所在地 |
|  | 〒 |  | 台 | 購入・賃借 | 　　年　月 |  |  |
|  | 〒 |  | 台 | 購入・賃借 | 　　年　月 |  |  |
|  | 〒 |  | 台 | 購入・賃借 | 　　年　月 |  |  |
|  | 〒 |  | 台 | 購入・賃借 | 　　年　月 |  |  |
|  | 〒 |  | 台 | 購入・賃借 | 　　年　月 |  |  |

（注）１　佐賀県内の施設についてのみ記入してください。

　　　２　設置形態は、どちらかを○で囲んでください。

　　　３　ＡＥＤ設置者は施設の管理者又は法人名等をご記入ください。

　　　４　記載欄が不足する場合は、適宜コピーしてお使いください。