

様式第1号（第5条関係）

AED（自動体外式除細動器）貸出申請書

年 月 日

（あて先）埼玉県保健医療部薬務課長

申請者（団体・代表者名等）

住 所
氏 名
電話番号
担当者名

埼玉県AED（自動体外式除細動器）貸出要領の規定に基づき、AEDの借用について、下記のとおり申請します。

なお、借用するAEDの取扱いについては、埼玉県AED貸出要領を遵守します。

記

行事等の名称			
行事等の主催者			
開催期間	年 月 日（ ）～ 年 月 日（ ）		
開催場所	名称		
	所在地		
行事内容			
参加予定者数	名		
資格者	氏名		
	資格	医師・歯科医師 保健師 看護師 消防士 救命講習会修了者 その他（ ）	
借用希望日	年 月 日（ ） 時		
返却希望日	年 月 日（ ） 時		

借受者名	
返却者名	

管理番号	
------	--

管理番号の欄は記入不要です。