

AED（新規・変更・削除）登録票

e-mail: kenkou@city.ashikaga.lg.jp

FAX: 0284-21-7050

<記入例>

施設（事業所等）の名称 （公開されます）	住 所 （公開されます）	電話番号 （公開されます）	設置場所 （公開されます）	パッドの種類 （公開されます）	利用可能曜日等 （公開されます）	利用可能時間等 （公開されます）
足利市保健センター	足利市本城三丁目2022番地1	22-4511	2階 事務室	大人用1 子供用1	毎週 月から金曜日（祝祭日及び年末年始休暇日を除く）	月～金：8:30～17:15

連絡先・担当者: 健康増進課 保健検診担当 元気太郎

<新規登録>

施設（事業所等）の名称 （公開されます）	住 所 （公開されます）	電話番号 （公開されます）	設置場所 （公開されます）	パッドの種類 （公開されます）	利用可能曜日等 （公開されます）	利用可能時間等 （公開されます）

連絡先・担当者:

<変更登録>

異動年月日 年 月 日

施設（事業所等）の名称 （公開されます）	住 所 （公開されます）	電話番号 （公開されます）	設置場所 （公開されます）	パッドの種類 （公開されます）	利用可能曜日等 （公開されます）	利用可能時間等 （公開されます）
旧						
新						

連絡先・担当者:

<登録削除>

施設（事業所等）の名称 （公開されます）	住 所 （公開されます）	電話番号 （公開されます）	設置場所 （公開されます）	パッドの種類 （公開されます）	利用可能曜日等 （公開されます）	利用可能時間等 （公開されます）

連絡先・担当者:

※公開にご協力いただく条件として、AEDの定期的な保守管理等、使用後の消耗品の負担等について、設置事業所等で全て対応（ご協力）いただけること。
 ※本登録票の情報については、本来の目的以外には使用いたしません。