（別　　紙）

年　　月　　日

自動体外式除細動器（ＡＥＤ）貸出申込書

倉吉保健所長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　責任者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　貴所の自動体外式除細動器（ＡＥＤ）の貸出について、下記のとおり申し込みます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 使　用　目　的(イベント等の名称等) |  |
| 貸　出　台　数 | １台 |
| 所属 | 名　　　　　称 |  |
| 住所（所在地） | 〒 |
| 電　　　　　話 |  |
| 貸 　出 　期　 間 | 年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日まで |
| （イベント等の期間） | （　　　　年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日まで） |
| ＡＥＤの使用者（該当項目に○印を付けてください。） | 氏名：　　 （ 医師 ・ 看護師 ・ 救急救命士 ・ その他 ）氏名：　　 （ 医師 ・ 看護師 ・ 救急救命士 ・ その他 ） |
| 備　　　　　考 |  |

（注意事項）　・貸出期間は原則１週間以内とします。

　　　　　　　・貸出期間中にＡＥＤ又はその附属品を毀損又は紛失した場合は、主催者は現物をもって弁償することとします。

　　　　　　　・貸出期間中にＡＥＤを使用した場合、返却に当たって主催者は電極パッドを交換することとします。

　　　　　　　・貸出期間中、使用目的以外にＡＥＤを使用すること又はＡＥＤを第三者へ転貸することを禁止します。

　※保健所記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 貸出年月日 | 年　　月　　日 | 貸出確認者 |  |
| 返却年月日 | 年　　月　　日 | 返却確認者 |  |
| 返却時の状況 | 使用の有無 | 有　・　無 |
| 毀損の有無 | 有（毀損箇所：　　　　　　　　　　　　　）　・　無 |
| 紛失の有無 | 有（紛失時の状況：　　　　　　　　　　　）　・　無 |