

自動体外式除細動器 (A E D) 貸出申込書

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 (A E D) 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		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
A E D 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 A E D 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 A E D 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 A E D を使用すること又は A E D 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	