

様式 2

年 月 日

会津若松地方広域市町村圏整備組合

消防署長 様

事業所名 _____

代表者名 _____

住 所 _____

電話番号 (_____) _____

応急手当推進事業所認定申請書

この度、当事業所は下記認定要件を満たしますので、認定証の交付について申請します。

記

- 1 自動体外式除細動器（A E D）設置台数 _____ 台
- 2 従業員等の講習会受講状況 ① 応急手当普及員数 _____ 名
- ② 上級救命講習会受講者数 _____ 名
- ③ 普通救命講習会受講者数 _____ 名

3 その他（認定要件以外の承諾要項、該当する方に○を付けて下さい。）

自動体外式除細動器（A E D）設置公表 (可 ・ 不可)

自動体外式除細動器（A E D）の近隣での使用 (可 ・ 不可)