

様式第 4 号

茨城県自動体外式除細動器（A E D）設置施設登録制度使用状況報告書

年 月 日

医療政策課長 殿

所在地

氏 名（名称及び代表者名）

当施設は、A E Dを使用したため茨城県自動体外式除細動器（A E D）設置施設登録制度実施要項第 9 条第 1 項に基づき報告します。

記

設置施設情報	施設名	
	管理者名	
	所在地	
使用状況	使用の日時	年 月 日（ ） 時 分ごろ
	使用時の状況	（当時の天気，使用の場所，使用された方の状況，使用した方の状況などを，なるべく詳しく記載してください。）
連絡先	担当者名 電話 F A X	

（記載要領）

- ※ 「設置施設情報」欄は，茨城県自動体外式除細動器（A E D）設置施設登録申請書（様式第 1 号）記載の名称等を記入すること。
- ※ 使用時の A E D のデータを添付すること。
- ※ 当報告書及び A E D のデータは地区メディカルコントロール協議会において，病院前救護体制の充実のため事後検証に使用されます。