

様式第 1 号

茨城県自動体外式除細動器（A E D）設置施設登録申請書

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、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 4 条に基づき、自動体外式除細動器（A E D）設置施設として登録したいので、下記のとおり申請します。

記

設置施設情報	施設名		
	管理者名		
	所在地		
	連絡先	担当者名 電話 E-mail	F A X
A E D	電極パッド	成人用 ・ 小児用 ・ 両方 (いずれかに○を付けてください。)	
	使用可能な時期, 時間等	時期： 曜日： 時間：	
	設置場所		
心肺蘇生等講習会を受講している者	氏名	講習会 名称： 実施団体：	
所有者の許可がない場合の使用の可否	可 ・ 否 (いずれかに○を付けてください。)		

- 注) 1 A E D の設置場所は、容易に分かる位置に設置してあること。
 2 原則として A E D の所有者の許可がなくても使用可能であること。
 3 A E D が医療機器として、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律上の承認を得ていること。

(記載要領)

※ 「施設名」欄は、施設の名称又は区分所有における独立した名称を記入すること。

※ 「設置場所」欄は、A E D の具体的な設置場所（例：1階ロビー、1階東側廊下）を記入すること。