

様式第3号

茨城県自動体外式除細動器（AED）設置施設登録取消書

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（AED）設置施設登録制度実施要項第8条に基づき、自動体外式除細動器（AED）設置施設としての登録を取り消したいので、下記のとおり提出致します。

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 F A X

(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。