

様式第3号

茨城県自動体外式除細動器（AED）設置施設登録制度使用状況報告書

平成 年 月 日

医療対策長 殿

所在地
施設名

管理者名

印

当施設は、AEDを使用したため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条第1項に基づき報告します。

記

1 使用の日時	平成 年 月 日（ ） 時 分ごろ
2 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。）
3 連絡先	担当者名 電話 FAX

- （注）1 所在地，施設名，管理者名欄は，茨城県自動体外式除細動器（AED）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。
- 2 使用時のAEDのデータを添付すること。
- 3 当報告書及びAED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。