

様式第1号（第4条関係）

救急ステーション制度認定申請書

年 月 日			
戸田市消防長			
申請者 住 所 氏 名			
戸田市救急ステーション制度の認定を受けたく、次のとおり申請します。			
事業所名			
所在地	戸田市		
代表者	職名		氏名
A E D 管理担当	課名		氏名
	連絡先電話番号 ()		
設置 A E D	メーカー名		機種名
	パッド種類	大人用・小児用	設置台数
A E D 設置場所 (具体的に)			表示証 交付枚数
使用可能な曜日			
使用可能な時間			
普通救命講習等有資格者氏名等（A認定のみ記載）			
職 名	氏 名		講習種別
※ 受 付		※ 経 過	
		認定区分： A B C	
		認定日： 年 月 日	

※欄は記入しないでください。（消防確認用）