FAX送信先：０３－３８４１－４３２５　＜送付状不要＞

台東区台東保健所　生活衛生課　庶務担当　宛

「AEDマップ」登録申込書

♦基本情報（※必ずご記入をお願いいたします）

施設名称
所在地
AED設置場所 （　＊例　　一階ロビー脇　等具体的にお願いします）
協力可能な時間 □　24時間利用可能 □　制限あり
＊制限ありと記載の場合、使用可能時間等をご記入ください 曜日 ～　曜日 （　　：　　～　　：　　）
特記事項 例　夜間は警備員対応　・オートロックのためインターフォンで管理室呼出　等 使用の際　手順等がある場合記入ください
基本情報の台東区ホームページ上での公開について 同意する　　同意しない ※台東区ホームページ上での公開に同意していただいた場合、台東区が発行する出版物（パンフレット・施設案内図等）のマップ上等にも掲載させていただく可能性がございます。
緊急時における　一般市民の利用について 同意する　　同意しない

※設置個所が複数で、AED情報が多岐にわたる場合は、大変お手数をお掛けいたしますが、本調査票をコピーして複数枚でご回答下さい。

♦この欄は事務手続き上の項目です。　　公開はいたしません。

ご担当者名	
連絡先(電話番号、FAX、Eメールアドレス)	
(※回答内容についてお伺いさせていただく場合がございますので、事務局から連絡可能な方法をご記入下さい。) ♦今後の事業展開等の参考にさせていただくため、ご記入いただければと思います。 ホームページの公開はありません（任意）	
設置台数(※)	台
導入年月日	年　　月　　日
導入形態	１・　購入　　２・　リース　レンタル　　３・　寄贈
AEDの機種	□　日本光電　　□フィリップス　□メドトロニック □　その他（　　）
これまで施設のAEDの使用について	１・ある　（電気ショックの実行あり）　２・あり　（電気ショックの実行なし） ３・なし