様式２

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

会津若松地方広域市町村圏整備組合

　　　　消防署長　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　）

応急手当推進事業所認定申請書

　この度、当事業所は下記認定要件を満たしますので、認定証の交付について申請します。

記

１　自動体外式除細動器（ＡＥＤ）設置台数　　　　　　　台

２　従業員等の講習会受講状況　①　応急手当普及員数　　　　　　　　名

　　　　　　　　　　　　　　　②　上級救命講習会受講者数　　　　　名

　　　　　　　　　　　　　　　③　普通救命講習会受講者数　　　　　名

３　その他（認定要件以外の承諾要項、該当する方に○を付けて下さい。）

　　自動体外式除細動器（ＡＥＤ）設置公表　　　　　　　　（　　可　　・　　不可　　）

　　自動体外式除細動器（ＡＥＤ）の近隣での使用　　　　　（　　可　　・　　不可　　）