

平成 年 月 日

鹿沼市長 様

申請者
 団体名
 代表者氏名
 住 所
 電話番号

⑩

自動体外式除細動器（AED）貸出申請書

「鹿沼市自動体外式除細動器（AED）貸出実施要領」の規定に基づき、次のとおり、AEDの貸出を申請します。

別紙様式第4（第9条関係）

開催事業 の概要	イベントの 名称	
	開催期間	平成 年 月 日（ ）～ 月 日（ ）
	開催場所	鹿沼市
	主催者	
	開催目的及び 当該イベント の概要	
	参加予定者数	人
	イベント開催 時の救護体制 及びAEDの 管理方法等	救護所設置の有無： 無 ・ 有 医師・看護師等の配置： 無 ・ 有 （有の場合の配置職種・人数：医師 人、看護師 人） AED管理責任者： AED設置場所： AED管理方法：
指定講習修了者氏名		
貸出希望期間	平成 年 月 日（ ）～ 月 日（ ）	
返却予定年月日	平成 年 月 日（ ）午前・後 時	
その他		

平成 年 月 日

鹿沼市長 佐藤 信 様

申請者
団体名
代表者氏名
住 所
電 話 番 号

㊟

自動体外式除細動器（AED）使用報告書

平成 年 月 日付けで貴団体から借用したAEDの使用について、
次のとおり報告します。

イベントの名称	
開催期間 時 間	平成 年 月 日 () ~ 月 日 () 午 前・後 : ~ 午 前・後 :
開催場所	
参集人数	人
AED使用の有無 (いずれかに○)	有 ・ 無
	(有の場合はその状況について簡単に記入願います。)
使用機材 (使用し た場合、□にレ印)	<input type="checkbox"/> AED本体、 <input type="checkbox"/> AEDパッド(成人用) <input type="checkbox"/> AEDパッド(小児用)、 <input type="checkbox"/> その他 ()
借用期間	平成 年 月 日 () ~ 月 日 ()
返却年月日	平成 年 月 日 ()
返却時確認署名 返却者氏名: 受取者(職員)氏名: 受取日:平成 年 月 日	