

第1号様式

送付先：千葉県健康福祉部医療整備課 医療体制整備室

E-mail：ryosei2@mz.pref.chiba.lg.jp

FAX：043-221-7379

令和 年 月 日

自動体外式除細動器（AED）設置届出書

住所又は主たる事務所の所在地
（個人の場合は住所）

氏名又は法人名

下記のとおりAEDを設置しましたので、AEDの設置について届出をします。

記

設置場所	施設の名称		公表項目	
	設置場所の所在地 （住所）	〒		
	設置位置（場所）			
	電話番号			
基本情報	管理担当課（課・係）			
	担当者氏名			
	電話番号			
	第三者利用の可否	可 ・ 否		
AED	メーカー名	日本光電 ・ フリップス ・ CU ・ 日本ライフライン オムロン ・ ファジィコントロール ・ 旭化成メディカル	公表項目	
	機種名			
	電極パッドの種類	成人用 ・ 小児用 両方（切替スイッチでモードを切替える場合も含む）		
	購入・リース等の別	購入 ・ リース ・ その他（ ）		
	設置時期			
公表	設置場所の公表の可・否	可 ・ 否	公表項目	
	AEDを使用可能な曜日等	曜日		
		時間帯		

* AEDを効果的に活用するため、公表が可能な場合に限り、県ホームページや市町村ホームページなどに掲載する予定です（太枠内の情報のみ公表します）。

* 「AEDの使用可能な曜日・時間」については、緊急時に第三者（従業員等ではない一般の方）が利用できる時間を記載してください。

第1号様式

送付先：千葉県健康福祉部医療整備課 医療体制整備室

E-mail：ryosei2@mz.pref.chiba.lg.jp

FAX：043-221-7379

令和5年4月1日

自動体外式除細動器（AED）設置届出書

住所又は主たる事務所の所在地 千葉市中央区中央〇-〇
 （個人の場合は住所）

氏名又は法人名 株式会社〇〇

下記のとおりAEDを設置しましたので、AEDの設置について届出をします。

記

設置場所	施設の名称	株式会社〇〇 △△支店（□□ビル）		公表項目
	設置場所の所在地（住所）	〒263-〇〇〇〇 千葉市稲毛区〇〇町〇-〇		
	設置位置（場所）	□□ビル1階 受付横		
	電話番号	043-222-〇〇〇〇		
基本情報	管理担当部署（課・係）	総務部総務課		
	担当者氏名	千葉 花子		
	電話番号	043-222-〇〇〇〇		
	第三者利用の可否	<input checked="" type="radio"/> 可 ・ 否		
AED	メーカー名	日本光電 ・ フリップス ・ CU ・ 日本ライフライン オムロン ・ ファジコントロール ・ 旭化成グループメカ		公表項目
	機種名	AED-2150		
	電極パッドの種類	成人用 ・ 小児用 <input checked="" type="radio"/> 両方（切替スイッチでモードを切替える場合も含む）		
	購入・リース等の別	購入 <input checked="" type="radio"/> リース ・ その他（ ）		
	設置時期	令和4年4月1日 不明な場合は、おおよその時期で結構です。（〇年〇月頃。など）		
公表	設置場所の公表の可否	<input checked="" type="radio"/> 可 ・ 否		公表項目
	AEDを使用可能な曜日等	曜日	月～土（祝日、8/13～16、年末年始（12/28～1/3）は除く）	
		時間帯	月～金 9:00～18:00 土 9:00～13:00	

* AEDを効果的に活用するため、公表が可能な場合に限り、県ホームページや市町村ホームページなどに掲載する予定です（**太枠内の情報のみ公表します**）。

* 「AEDの使用可能な曜日・時間」については、緊急時に第三者（従業員等ではない一般の方）が利用できる時間を記載してください。