

第2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）変更届出書

住所又は主たる事務所の所在地

\_\_\_\_\_

氏名又は法人名

\_\_\_\_\_

下記のとおりAEDの設置場所等を変更しましたので、変更の届出をします。

記

施設 の 名 称			
設置場所の所在地 ( 住 所 )			
変更内容	事 項	変更前	変更後
変 更 年 月 日		平成	年 月 日
備 考			

担当部署・担当者名	
電話番号	

第2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3月31日

自動体外式除細動器（AED）変更届出書

前回届出た内容から変更のあった事項は全て記載してください。書ききれない場合は、行

住所又は主たる事務所の所在地 千葉市中央区中央〇ー〇

氏名又は法人名 株式会社〇〇

下記のとおりAEDの設置場所等を変更しましたので、変更の届出をします。  
記

施設 の 名 称		株式会社〇〇 △△支店（□□ビル）	
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ー〇	
変更内容	事 項	変更前	変更後
	設置位置（場所）	□□ビル1階 受付横	□□ビル1階 エレベーター横
	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】 月～金 9:00～18:00 土 9:00～13:00	【曜日】 月～土 （祝日、8/13～16、年末年始 （12/28～1/3）は除く） 【時間】 月～金 9:00～18:00 土 9:00～15:00
変 更 年 月 日		令和5年2月1日	
備 考			

担当部署・担当者名	総務部総務課・千葉 花子
電話番号	043-222-〇〇〇〇