**令和　　年　　月　　日**

**「地域救命サポート事業」登録申込書**

**尼崎市防火協会長　様**

**事業所名**

**代表者名**

**所在地**

**会員コード　　　　－**

**(6ケタ)**

**当事業所は、地域における救命率向上のための「地域救命サポート事業」に賛同し、近隣において発生した救命処置が必要な事案に対してＡＥＤ使用等の協力に無償で応じるとともに、尼崎市が行うＡＥＤ設置施設の情報提供（ホームページでの公表等）に協力します。**

**記**

**１　設置場所・設置数*(例：尼崎市中消防署１階　１台、尼崎市消防局４階　事務室　１台)***

**２　使用可能日時*(例：平日９時～１７時)***

**３　その他特記事項**

**４　連絡先（必ず記載してください。）**

**担当者（所属・氏名）**

**連　絡　先　電話：**

**緊急連絡先　電話：**