

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: _____

(提出先)

※提出はE-MailまたはFAXにてお願いいたします。

尼崎市防火協会事務局あて

E-Mail ama-bouka@city.amagasaki.hyogo.jp

FAX 06-6483-5022