

(提出先)

様式 1

※提出はFAXにてお願いいたします。

尼崎市消防局企画管理課あて

FAX 06-6483-5022

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 \_\_\_\_\_

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： \_\_\_\_\_