様式第１号（第４条関係）

**おたる救急ステーション申請書**

|  |  |
| --- | --- |
| 年　　月　　日  （宛先）小樽市消防長  申請者  （代行者）  住　所  氏　名  当事業所は、おたる救急ステーション事業の趣旨に賛同しますので、本事業実施要綱第２条の規定に基づき、応急手当協力施設認定証の交付を申請します。    記 | |
| 事業所名 |  |
| ＡＥＤ設置 | 住　所：  場　所： |
| ＡＥＤの種類  台　　　　数 | メーカー名：  台　　　数： |
| 営業時間  公開時間 | 時　　　分　～　　　時　　分 |
| ステッカーの  掲示場所（予定） |  |
| 担当者  連絡先 | 担　　当：  電話番号： |
| 応急手当講習受講  修了者在勤数 | 人 |
| 備　　　　　考 |  |