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 |  |