

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	
A E D 設置	住 所 : 場 所 :
A E D 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	