

A E D 借 用 書

年 月 日

美幌消防署
署長

様

住 所

借用者

団体名

責任者

連絡先 ()

自動体外式除細動器(AED)を下記の目的で使用しますので、借用
お願いいたします。

イベント名			
使用場所	(住所)		
	(建物等名称)		
借用期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
普通救命講習 修了者氏名		受講年月日	年 月 日
		交付番号	第 号
		受講年月日	年 月 日
		交付番号	第 号
		受講年月日	年 月 日
		交付番号	第 号
医療従事者 氏名		医師・看護師 救急救命士	医療機関名等
		医師・看護師 救急救命士	医療機関名等
重要事項	AEDの借用に関して、落下などの過失による損傷や損失が生じた場合は、借用者が修理費用を負担します。		

返納確認欄	返納年月日	確認事項	収 受 印
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり(別紙)	
	確 認 者		
	印		

※AED返納時この用紙(借用書)を一緒に持ってきて下さい。

問合せ先 美幌消防本部グループ 警防・救急担当 0152-73-1434