

にいがた救命サポーター協力届出書

年 月 日

(宛先)

新潟市消防局長

届出者

住 所

名 称

代表者職氏名

にいがた救命サポーター制度実施要綱第4条の規定に基づき、次のとおり届出します。

施設情報	名称*1		公表	可・否
	所在地	〒		
	事務連絡先	担当		
		電話番号		
E-mail				
緊急連絡	対応窓口*2 緊急連絡先	窓 口		
		電話番号 1		
		電話番号 2		
協力区分	AEDの貸出し	可能・不可の場合もある ・不可		
	AEDを届ける	可能・不可の場合もある ・不可		
	心肺蘇生	可能・不可の場合もある ・不可		
対応時間	曜 日	月・火・水・木・金・土・日（可能日に○印）		
	対応可能時間	時 分 ～ 時 分 ・ 24時間		
	その他 (年未年始等)			

備考\*1 消防局のホームページ等で公表する際の名称を記入してください。

\*2 原則、協力を依頼する際は、消防指令管制センターから緊急連絡先に電話をします。  
連絡先は、できるだけ繋がりやすく事情を分かる人が対応しやすい番号として下さい。

【消防局記入欄】

受付年月日	経過欄 《AED登録台数》 《登録ステッカー送付枚数》	登録番号
	台 枚	第 一 号

AED情報

AED登録No.					
AED情報	設置場所	階数	階		
		場所			
	機種情報	設置区分	購入 ・ レンタル ・ リース その他 ( )		
		メーカー名		機種名 (形式等)	

AED登録No.					
AED情報	設置場所	階数	階		
		場所			
	機種情報	設置区分	購入 ・ レンタル ・ リース その他 ( )		
		メーカー名		機種名 (形式等)	

AED登録No.					
AED情報	設置場所	階数	階		
		場所			
	機種情報	設置区分	購入 ・ レンタル ・ リース その他 ( )		
		メーカー名		機種名 (形式等)	

\* 3台以上の場合はコピーして提出してください。