

A E D設置に関する情報提供書（ 新規 ・ 変更 ）

施設等に設置しているA E Dに関する情報を提供します。

| | |
|--|--|
| 1. 設置施設等の名称 | ふりがな |
| 2. 設置施設等の住所 | 〒 — 岡山市 電話番号 — — |
| 3. 設置台数 | 台 |
| 4. 詳細な設置位置 (例：1階受付前) <u>1台ごとにご記入ください</u> | |
| 5. 使用可能時間 (例：平日8～17時 (土日は使用不可)) | |
| 6. 設置責任者 | |
| 7. 責任者連絡先 | 電話番号 — — |
| 8. その他 (特記事項がございましたらご記入ください) | |

なお、上記の1～5の項目について、市ホームページ等で公表すること、また当施設の近隣において救命処置が必要な事態が生じた場合は無償で使用することに同意します。

※ 6～8の項目については、原則として公表しません。

※ ご提供いただいた情報に変更があった場合は、その都度すみやかにご連絡ください。

【問い合わせ先】 岡山市保健福祉局 医療政策推進課

電話：086-803-1636 FAX：086-803-1776

E-MAIL：iryouseisaku@city.okayama.lg.jp