

A E D (自動体外式除細動器)設置事業所公表同意書

平成 年 月 日

健康福祉センター所長 様

事業所名 _____

代表者名 _____

担当者名 _____

A E Dの設置事業所として、市ホームページ等において事業所名、所在地、電話番号及び設置台数を公表することに同意いたします。

記

所在地 諫早市 _____

電話番号 _____

F A X 番号 _____

設置台数 _____ 台