AED設置場所に関する調査票

送信先　　FAX　0776－21－6641

〒910－0001
福井市大願寺3丁目4－10　　（社）福井県医師会事務局内

福井県AED普及啓発協議会

（どちらかを○で囲んで下さい）

		公　表　に	
設置場所	〒　　― 福井県　　市・町	同意する	同意しない
企業名 （施設名）	建物名	同意する	同意しない
台　数	台	同意する	同意しない
被使用想定者	従業員のみ 企業（施設）関係者 部外者を含む一般の方 （該当する箇所を○で囲んで下さい） その他（具体的に記入して下さい）	同意する	同意しない
消防・医療機関等への届出の有無 ※届出の義務はありません 消　防　有　無 医療機関　有　無 その他　有　無 （該当する箇所を○で囲んで下さい）		同意する	同意しない

その他ご意見・ご質問がございましたらご記入下さい。

ご担当者	部署		ご氏名
ご連絡先	お電話番号		
設置機種			

※公表に同意いただけた場合は、福井県AED普及啓発協議会および（財）日本救急医療財団のホームページ上で公表させていただきます。

※ご回答の内容について、お問い合わせする場合があります。対応していただける方のご記入をお願いします。

※なお、本調査票の情報については、本来の目的以外には使用いたしません。