ＡＥＤ設置場所に関する調査票

		福井県医師会ＨＰでの公開について（どちらかを○で囲んでください）	
設置場所	〒　　－	同意する	同意しない
企業名 （施設名）		同意する	同意しない
設置台数 （本体型名）	台 （　　）	同意する	同意しない

被使用想定者 （該当する箇所を○で囲んでください）	・従業員のみ ・企業（施設）関係者 ・部会社を含む一般の方 ・その他（具体的に記入してください） （　　）
その他	ご意見・ご質問等がございましたらご記入ください。 （　　）

ご担当者	
ご連絡先	

※公表に同意いただけた場合は、福井県医師会ホームページ内、ＡＥＤ設置場所一覧にて公表させていただきます。
※ご該当の内容について、本会より連絡をする場合がございます。ご担当者のお名前をご記入ください。
※本調査票につきましては、本来の目的以外には使用いたしません。

福井県ＡＥＤ普及啓発推進協議会
一般社団法人　福井県医師会内
TEL　0776-24-0387
FAX　0776-21-6641