

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

（あて先）高松市消防局長

申請者

住 所

氏 名

まちかど救急ステーション認定申請書

まちかど救急ステーションとして認定を受けたいので、次のとおり申請します。

| | | | |
|--------------------|---|-----------------|--|
| 事業所名 | | | |
| 所在地 | 電話 () | FAX () | |
| 事業所代表者職・氏名 | | | |
| AEDメーカー 機種名（型式） | | 設置数 | |
| AED設置場所 | | 提供時間 | |
| 認定要件 確認事項 | <input type="checkbox"/> 第3条第1項第2号 AEDの設置に関する要件 <input type="checkbox"/> 第3条第1項第3号 救命講習修了者等に関する要件 <input type="checkbox"/> 第3条第1項第4号 AEDの提供に関する要件 <input type="checkbox"/> 第3条第1項第5号 AEDの整備に関する要件 <input type="checkbox"/> 第3条第1項第6号 情報の公開に関する要件 ※該当項目にチェックすること。 | | |
| 救命講習等の受講 | 職名： 講習の種別： | 氏名： 修了証発行機関： | |
| 標章交付枚数 | 枚（最大2枚まで） | | |
| ※ 受付 | ※ 経 過 | | |
| | | | |

(注) 1 救命講習等の修了証の写しを添付すること。

2 ※の欄は記載しないこと。

年 月 日

（あて先）高松市消防局長

申請者

住 所

氏 名

まちかど救急ステーション

（廃止・変更・休止・再開）に関する届出書

まちかど救急ステーションの認定に関する要綱第9条に基づき、まちかど救急ステーションの（廃止・変更・休止・再開）について、次のとおり届けます。

| | |
|-----------------------|-------------|
| 事業所名・所在地 代表者の職・氏名 | 電話 () |
| 認定年月日・番号 | 年 月 日 ・ 第 号 |
| 廃止・変更 休止・再開 の内容 | |
| ※ 受 付 | ※ 経 過 |
| | |

（注）※の欄は記載しないこと。