

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。