

年 月 日

大阪南消防局長 様

申請団体
(住所)
(所属機関名)
(代表者名)

まちかどAED設置施設電極パッド交付申請書

設置施設名		管理番号	
AEDを使用した事案発生日時			
年 月 日 時 分頃			
担当者連絡先	氏名 電話番号		
AEDに関する情報			
メーカー名			
製品名			
型番			

(注) 申請者が自署しない場合又は法人である場合は、記名押印をしてください。