

## 自動体外式除細動器借受申込書

年 月 日

社会福祉法人 吉野川市社会福祉協議会  
会 長 様

申出者 団 体 名  
代表者氏名

次により，自動体外式除細動器（AED）を貸付くださるよう申込します。

借受を必要 とする団体	団体名 代表者氏名		連絡先		電話番号
	普通救命 講習修了者 氏 名		普通救命講習受付番号		
使用日	年 月 日（ ） 午前 時～ 時				
使用場所					
使用目的					
返却日	年 月 日（ ） 時				
※ 貸付の適否	審査の結果 適 ・ 否  年 月 日 社会福祉法人 吉野川市社会福祉協議会長				

※は，記入しないでください。

会 長	事務局長	事務局次長	課 長	回 議