

第 1 号様式

救急救命ネットワーク参加申込書

令和 年 月 日	
柏市消防局長 あて	
申込者 (代表者) 住 所 電 話 () 氏 名	
救急救命ネットワークに参加いたしたく、下記のとおり申込みます。 <p style="text-align: center;">記</p>	
事業所名	
所在地	住 所 : 場 所 :
AEDの種類・数	メーカー名 : 機種 : 型 番 : 台 数 : ※ 記載欄が不足する際は備考欄に記載すること
営業時間 公開時間	
標章の掲示場所 (予定)	
管理責任者連絡先	氏 名 : 電話番号 :
救命講習等受講修了者在勤数 (救急救命ステーションのみ)	
備 考	認定日 : 年 月 日