

年 月 日

（報告先）志木市長

（使用者）団体名

住 所

代表者名

連絡先

志木市自動体外式除細動器（AED）実施報告書

年 月 日付けで貸出しを受けたAEDを使用したの、下記のとおり報告します。

記

事業の名称	
実施日	年 月 日（ ）
実施場所	

AEDを使用した場合

使用日時	年 月 日（ ） 時 分
使用場所	
使用者 （操作した者）	<input type="checkbox"/> 主催者（スタッフ含む） <input type="checkbox"/> 医師・歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 参加者 <input type="checkbox"/> その他（ ）
使用を受けた者	<input type="checkbox"/> 参加者 <input type="checkbox"/> 主催者（スタッフ等） <input type="checkbox"/> その他（ ） （年齢： 歳位 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女）
使用状況	※ 使用状況を具体的に記入してください。 例：だれが、どこで、どのような状態に陥ったのか 実際に行った措置、除細動（電気ショック）を行ったのか、等

管理番号	※
------	---

※管理番号の欄は記入不要です。