

日本赤十字社島根県支部長 様

FAX 0852-31-2411

申請者 団体名
代表者

貸与条件を満たす者の氏名 ㊟

「日本赤十字社島根県支部AED（自動体外式除細動器）」貸し出しについて

このことについて、下記のとおり（大会等行事名： ）
を開催します。開催期間中、大会参加者等に急病等が発生した場合、適切な救命手当が実施できるよう当該機器の貸し出しをお願いします。

記

1. 大会（講習等）の名称

① 大会開催期日・会場（会場内のAEDの 有 無 *有の場合個数 ）

② 大会内容*大会要項添付

2. AED借り受け期間

借受日 令和 年 月 日（ ） 時 分 から
※実際に借り受けのため日赤島根県支部に来庁される日時

返却日 令和 年 月 日（ ） 時 分 まで

3. 貸与を受けたい個数 （ 個）

4. 貸与を受けようとする者が満たす条件項目に○印

1	日本赤十字社島根県支部救急法等講習指導員
2	AEDの使用に関する講習会（日赤・消防等）を受講している者
3	医師、看護師等の医療職でAEDの使用に関する研修等を受けている者

5. その他

大会等行事の開催要項などに、本AEDの貸し出しが日本赤十字社島根県支部からである旨の掲載の可否（ 可 ・ 否 ）

記載例：本大会には、日本赤十字社島根県支部からの貸出協力によるAEDを配備しています。 等

【事務局使用欄】 ※以下は日赤島根県支部が記入する欄です

事務局長	調整監	総務課長	事業推進課長	課員	担当

申請者区分
貸出料の徴収
有（金額： 円） 無