

FAX送信先：03-3841-4325 <送付状不要>

台東区台東保健所 生活衛生課庶務担当 宛

「AEDマップ」登録申込書

太枠内にご記載のうえ、FAXまたは郵送にてご返送ください。

◆登録にあたって ①, ②どちらも同意いただけた場合のみ掲載いたします。

①緊急時における 一般区民の利用について	同意する	同意しない
②基本情報の台東区ホームページ等での公開について	同意する	同意しない

※台東区が発行する出版物（パンフレット・施設案内図等）や、台東区ホームページ及びオープンデータとして掲載させていただく可能性がございます。

◆基本情報（※必ずご記入をお願いいたします）

AED設置台数 台
施設名称 ※マップ等の名称は本欄の通りに記載いたします。
所在地
AED設置場所 （記載例：一階ロビー脇 等具体的にお願いします）
協力可能な時間 <input type="checkbox"/> 24時間利用可能 <input type="checkbox"/> 制限あり
↓ *制限ありと記載の場合、使用可能時間等をご記入ください 曜日 ~ 曜日 (: ~ :)
特記事項 例 夜間は警備員対応 ・オートロックのためインターフォンで管理室呼出 等 使用の際 手順等がある場合記入ください

※設置個所が複数で、AED情報が多岐にわたる場合は、大変お手数をお掛けいたしますが、本調査票をコピーして複数枚でご回答下さい。

◆以下の欄は事務手続き上の項目です。 公開はいたしません。

ご担当者名	
連絡先 (電話番号、FAX、Eメールアドレス)	
(※回答内容についてお伺いさせていただく場合がございますので、事務局から連絡可能な方法をご記入下さい。)	