

（提出先）

川 越 市 長

報告者の住所（施設名） \_\_\_\_\_

団体名（所属） \_\_\_\_\_

氏 名（代表） \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

### A E D借用実績報告書

川 収第 号で借用したA E Dについて、次のとおり報告します。

行事等の名称			
貸出期間	年 月 日（ ）～ 年 月 日（ ）		
会場・参加者数		参加者：約 人	
機器名・シリアルNo.			
A E Dの使用 <sup>※1</sup>	有（使用した場合には、別に様式第 号を添付）・ 無		
破損等の有無 <sup>※2</sup>	A E D本体	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり
	カバーケース、肩ひも、タグ	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり
動作状態	インジケータの確認	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり
付属品の状況	大人用パッド2組	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり
	小児用パッド1組	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり
	人工呼吸用携帯マスク1個	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり
救急セット	ディスポグローブ4枚	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり
	テーピングハサミ1個	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり
	カミソリ（ジェル付）1個	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり
	ディスポタオル5枚	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり
その他	取扱説明書1部	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり

※1 A E Dを使用した場合は、様式第4号を添付すること。

※2 破損等がある場合には、様式第5号を添付すること。