

年 月 日

（提出先）

川 越 市 長

借受者の住所（施設名） _____

団体名（所属） _____

氏 名（代表） _____

連絡先電話番号 _____

A E D借受時確認書

川 収第 _____ 号で承認されたA E Dについて、次のとおり確認しました。

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.			
破損等の有無 ^{※2}	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
	日常点検チェックリスト1枚		

確認者氏名 _____

※ 返却時には「A E D借用実績報告書」を添えてA E Dを返却して下さい。