

AED（自動体外式除細動器）貸出申請書

令和5年 7月 5日

（あて先）埼玉県保健医療部薬務課長

団体の場合は代表者氏名を記載してください。

申請者（団体・代表者名等）

住所 さいたま市浦和区高砂3-15-1  
氏名 コバトンスポーツ少年団  
代表 小羽 太郎

貸出承認通知書をFAXもしくはE-mailで送付します。

電話番号 048-830-3640  
FAX (048-830-4806)

担当者名 小羽 次郎

埼玉県AED（自動体外式除細動器）貸出要領の規定に基づき、AEDの借用について、下記のとおり申請します。

なお、借用するAEDの取り扱いについては、埼玉県AED貸出要領を遵守します。

記

行事等の名称	高砂杯少年サッカー大会	
行事等の主催者	コバトンスポーツ少年団	
開催期間	令和5年 7月22日（土）～ 令和5年 7月23日（日）	
開催場所	名称	さいたまスタジアム2002
	所在地	埼玉県さいたま市緑区美園2-1
行事内容	サッカー大会	
参加予定者数	200名	
資格者	氏名	小羽 三郎
	資格	医師・歯科医師 保健師 看護師 消防士 救命講習会修了者 その他（ ）
借用希望日	令和5年 7月21日（金） 午後 4 時	
返却希望日	令和5年 7月24日（月） 午前 9 時	

利用場所は原則、県内です。

借受者名	小羽 次郎
返却者名	小羽 次郎

返却は、原則、貸出日から7日以内です。

管理番号

管理番号の欄は記入不要です。