

年 月 日

（宛先）松阪市長

申請者 団体名 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_  
電 話 ( ) \_\_\_\_\_

自動体外式除細動器（A E D）貸出実績報告書

先に借用したAEDの使用実績について、次の通り報告します。

|             |                                                             |
|-------------|-------------------------------------------------------------|
| イ ベ ン ト 名 称 |                                                             |
| 貸 出 期 間     | 年 月 日 ( ) から<br>年 月 日 ( ) まで                                |
| A E D 番 号   | <input type="checkbox"/> 1 号機 <input type="checkbox"/> 2 号機 |
| AED 使用の有無   | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無       |

★使用した場合は、以下も記入願います。

|                 |                                                                                                     |        |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 使用した AED 消耗品    | <input type="checkbox"/> 大人用パッド <input type="checkbox"/> 小児用パッド<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |        |
| A E D の 使 用 日 時 | 年 月 日 ( ) 時 分 ごろ                                                                                    |        |
| AED を 操 作 し た 人 | <input type="checkbox"/> 主催者 <input type="checkbox"/> 参加者<br><input type="checkbox"/> その他 ( )       |        |
| AED 処置を受けた人     | ( ) 歳 位                                                                                             | 性別 ( ) |
| AED 使用時の状況等     | ※分かる範囲でご記入ください。                                                                                     |        |

※裏面もご記入願います。

## 【 返却時確認チェックリスト 】

|           |          |                                                                                                                                                             |                                |
|-----------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 附属品の状況    | ・ 大人用パッド | <input type="checkbox"/> 異常なし                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 異常あり  |
|           | ・ 小児用パッド | <input type="checkbox"/> 異常なし                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 異常あり  |
|           | ・ 肩ひも    | <input type="checkbox"/> 異常なし                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 異常あり  |
| 取扱説明書     |          | <input type="checkbox"/> 異常なし                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 紛失・破損 |
| キズの有無     | ・ カバーケース | <input type="checkbox"/> 異常なし                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 異常あり  |
|           | ・ AED 本体 | <input type="checkbox"/> 異常なし                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 異常あり  |
| その他破損等の有無 |          | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有<br>※有の場合、破損の状況を詳細に記載ください。<br><div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> |                                |

上記の通り、確認いたしました。

年 月 日

返却者氏名 \_\_\_\_\_

受領者氏名 \_\_\_\_\_