

20 年 月 日

保健管理センター所長殿

所属 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

## AED 借 用 願

標記の件、下記の通り AED の借用をお願いいたします。

### 記

1. 使用目的： \_\_\_\_\_

2. 使用場所： \_\_\_\_\_

3. 対象人数： \_\_\_\_\_ 名

4. 借用期間： \_\_\_\_\_ / ( ) ~ \_\_\_\_\_ / ( )

5. 受け取り希望日時： \_\_\_\_\_ / ( ) \_\_\_\_\_ :

6. 返却予定日時： \_\_\_\_\_ / ( ) \_\_\_\_\_ :

※何かご要望がありましたら、ご記入ください。

<返却時に下記のことをご報告ください>

1. 使用の有無          使用した          使用しなかった

2. 使用した場合、不都合や困ったことがありましたか  
不都合があった場合は具体的に教えてください。

[ \_\_\_\_\_ ]

<注意事項>

1. 借用願は3日前までに提出して下さい。
2. 使用日時を厳守し、必ず返却して下さい。

返却日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

受取者 \_\_\_\_\_