

AED緊急貸出協力施設登録抹消届

年 月 日

(宛先) 桐生市長

所在地

事業所等名

代表者名 _____

当事業所は以下の理由により、自動体外式除細動器（ＡＥＤ）設置施設における「ＡＥＤ緊急貸出協力施設」の登録抹消を希望します。

記

設置施設（事業所等）の名称	
登録抹消の理由	廃止・常時使用不能・その他（ ）
担当者名	
備考	