

様式第2号

茨城県自動体外式除細動器（AED）設置施設登録内容変更報告書

年 月 日

医療政策課長 殿

所在地

氏名 (名称及び代表者名)

当施設は、登録内容について変更します（した）ので、茨城県自動体外式除細動器（AED）設置施設登録制度実施要項第5条に基づき、報告します。

記

設置施設情報	施設名		
	管理者名		
	所在地		
変更内容	事項	変更前	変更後
	設置場所		
	使用可能時期等	時期： 曜日： 時間：	時期： 曜日： 時間：
	その他 ()		
変更年月日			

(記載要領)

※ 「施設名」欄は、施設の名称又は区分所有における独立した名称を記入すること。