

AEDマップ登録（変更）申請書

（宛 先） 京 都 市 消 防 局 長	（和暦又は西暦） ● 年 ● 月 ● 日
事業所等の名称及び所在地 株式会社 ●● 京都市●区 ●●通●●東入●●町 ●番地 電 話 0 7 5 - ●●●● - ●●●●	事業所等の代表者の氏名 代表取締役 ●● ●●

事業所等における応急手当の普及推進に関する要領		☒ 第17条 →（登録） ☐ 第20条第1項 →（登録変更）
の規定に基づき、AEDマップへの ☒ 登録 ☐ 登録変更		を申請します。
A E D の 設 置 情 報	設 置 場 所	（例） 1階玄関、本館2階通路、北門守衛室
	使 用 可 能 時 間	（例） 24時間365日使用可能、 平日8時～17時、営業時間内
	休 業 日	（例） 年末年始（12/29～1/3）、 土・日・祝日、毎週火・水曜日
	設 置 台 数	● 台
	事業所ホームページ アドレス（URL）	（AEDマップの事業所名称にリンクを貼ることができます） https://www.
A E D マークの種別及び必要枚数		☒ 標準型→通常のAEDマーク ● 枚 ☐ 蓄光型→24時間365日使用可能な場合 ● 枚
担 当 者	職 及 び 氏 名	●●課 ●● ●●
	電 話 番 号	（固定電話又は携帯電話） 0 7 5 - ●●●● - ●●●●
	メ ー ル ア ド レ ス	（応急手当に関する情報の送信に利用します） @
備 考		

注1 該当する□には、レ印を記入してください。

2 AEDマークは、AEDの設置台数と同数を交付することができます。

3 記入していただいたメールアドレスは、京都市消防局から応急手当の普及促進に関する情報の送信に利用させていただきます。