様式第１号

**救マーク認定（更新）交付申請書**

|  |  |
| --- | --- |
| 令和　　年　　月　　日  （あて先）　臼杵市消防長  申請者（代表者）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名  氏　　名  　救マーク制度推進に関する要綱第５条の規定に基づき、救マーク認定の（ 交付 ・ 更新 ）を希望しますので、次のとおり申請します。 | |
| 事業所名 |  |
| 代表者名 |  |
| 所在地 |  |
| ＡＥＤの種類・数 | メーカー名・型番：  台数： |
| ＡＥＤの設置場所 | １台目： |
| ２台目： |
| ３台目： |
| 認定マークの掲示場所（予定） |  |
| 営業（公開）時間 | 時　　　分　　　　～　　　　時　　　分 |
| 担当者  連絡先  緊急連絡先  メールアドレス | 職名：　　　　　　　　　　　氏名：  （電話：　　　　　　　　―　　　　　　 ―　　　　　　　）  （電話：　　　　　　　　―　　　　　　 ―　　　　　　　）  （Ｅ-Ｍａｉｌ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考 |  |

・この用紙の大きさは、日本工業規格A列４番とします。

・救急活動計画書と事業所周辺地図・救急車停車位置図を添えて提出してください。

様式第２号

**救急活動計画書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 担当者名簿 | 氏名 | 講習の種類 | 受講年月日 | 修了証番号 | 再講習年月日 | 担当内容 | 発行元 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 担当内容 | | ①119番通報　　　　②救急車誘導　　　　③救急隊員誘導 | | | | | |
| 備　　考 | |  | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | |
|
| 認定番号 | 第　　　　号 | 認定年月日 | 年　　月　　日 |
| 従業員数 | 人 | 講習受講者総人数 | 人 |

・この用紙の大きさは、日本工業規格A列４番とします。

・講習の種類の欄には、普及員、上級、普通Ⅰ、普通Ⅱ、その他の略称を記入してください。

・書ききれない場合は、継続用紙に記入してください。

※119番通報担当者とは、従業員から連絡を受け、救急事故事案の概要を統括し通報できるもののことをいう。

※救急車誘導担当者とは、119番通報担当者から連絡を受け、救急車が停車しやすい場所を速やかに確保することができるものをいう。

※救急隊員誘導担当者とは、119番通報担当者から連絡を受け、救急車が停車する位置に待機し、傷病者が発生している場所へ速やかに救急隊員を誘導できるものをいう。

様式第３号

**事業所周辺地図、救急車停車位置図**

|  |
| --- |
|  |

・この用紙の大きさは、日本工業規格A列４番とします。

※救急車停車位置と事業所が離れている場合は経路を示してください。