　　年　　月　　日

　（提出先）

　　川 越 市 長

借受者の住所（施設名）

団体名（所属）

　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名（代表）

　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先電話番号

ＡＥＤ借受時確認書

川　　収第　　　号で承認されたＡＥＤについて、次のとおり確認しました。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 行事等の名称 |  | | |
| 貸出期間 | 年　　月　　日（　）～　　　年　　月　　日（　） | | |
| 会場・参加者数 |  | 参加者：約　　　　　　　人 | |
| 機器名・ｼﾘｱﾙ№ |  | | |
| 破損等の有無※２ | ＡＥＤ本体 | □ 異常なし | □ 異常あり |
| カバーケース、肩ひも、タグ | □ 異常なし | □ 異常あり |
| 動作状態 | インジケーターの確認 | □ 異常なし | □ 異常あり |
| 付属品の状況 | 大人用パッド２組 | □ 異常なし | □ 異常あり |
| 小児用パッド１組 | □ 異常なし | □ 異常あり |
| 人工呼吸用携帯マスク１個 | □ 異常なし | □ 異常あり |
| 救急セット | ディスポグローブ４枚 | □ 異常なし | □ 異常あり |
| テーピングハサミ1個 | □ 異常なし | □ 異常あり |
| カミソリ（ジェル付）１個 | □ 異常なし | □ 異常あり |
| ディスポタオル５枚 | □ 異常なし | □ 異常あり |
| その他 | 取扱説明書１部 | □ 異常なし | □ 異常あり |
| 日常点検チェックリスト１枚 |  |  |

確認者氏名

※　返却時には「ＡＥＤ借用実績報告書」を添えてＡＥＤを返却して下さい。