様式第６号（第９条関係）

高根沢町AED協力事業所に関する登録抹消届

年　　　月　　　日

高根沢町長　　　　　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所又は所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　高根沢町AED協力事業所の登録抹消を希望するので、高根沢町AED協力事業所登録制度実施要綱第９条により提出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 協力事業所名称 |  |
| AED設置場所 | 所在地：設置場所： |
| AED情報 | 設置年月日：メーカー名：品名：台数： |
| 登録抹消理由 |  |
| 担当者・連絡先 | 所　属：氏　名：連絡先： |
| 備　　　　　　　考 |  |