**鳥取県応急手当推進事業所認定証交付申請書**

　　　　　　　　　年　　月　　日

　鳥取県知事

　　平井　伸治　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　鳥取県応急手当推進事業所認定証交付要綱第５条第１項の規定により、下記のとおり申請します。

記

１　申請区分（該当する区分に○を記入してください。）

　　（　　）新　規（認定申請を初めて行う場合）

　　（　　）更　新（鳥取県応急手当推進事業所認定証の有効期限の到来に伴い、更新を希望する場合）

２　交付基準（該当する項目に○を記入してください。）

（　　）事業所にAEDが設置され、かつ従業員のうち１０名以上の者が申請日から３年以内に救命講習を修了している。

（　　）事業所にAEDが設置され、かつ従業員のうち３割以上の者が申請日から３年以内に救命講習を修了している。

（　　）管轄の消防局長が応急手当の推進事業に協力していると認め、推薦

を行った事業所。

３　参考事項

（１）AED設置場所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（２）AEDメーカー（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（３）救命講習修了者数（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（４）従業員数（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

４　特記事項