

様式第5号（第6条関係）

日光市AEDステーション登録証再交付申請書

年　　月　　日

日光市長 様

住所又は所在地

氏名又は名称

法人にあっては代表者氏名

印

日光市AEDステーション登録証の再交付を受けたいので、日光市AEDステーション制度実施要綱第6条により申請します。

設置施設名称			
AED設置場所	所在地：日光市 設置場所：		
交付年月日	年　月　日	交付番号	第　　号
再交付の理由	<input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他の理由 〔 〕		
担当者連絡先	氏　　名： 電　　話：　　一		
備考			