AED利用者情報変更依頼書  
チェック項目の利用者情報について下記の通り変更しておりますので、顧客情報の変更をお願いします。

見本

▼太枠内は必ずご記入下さい。 ※部分は必須項目となりますので、必ずご記入下さい。

全ての項目を必ずご記入下さい。

製品管理責任者情報の変更は  
こちらをご記入下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ご依頼者情報 | 記入欄 | | | | | | | | | | | |
| ※ご依頼者名  （企業、団体名） | 〇〇株式会社 | | | | | | | | | | | |
| ※電話番号 | 03―××××―1234 | | | | | | | | | | | |
| 所属部署名  （企業、団体の場合） | 本社　総務部 | | | | | | | | | | | |
| 製品情報 | 記入欄 | | | | | | | | | | | |
| ※シリアル番号 | SN | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |  |  |  |
| ※機種名  (該当機種にチェックを入れてください) | ライフパックシリーズ：□ライフパック1000　■ライフパックCR Plus（SN8桁）  サマリタンシリーズ：□サマリタンPAD350P　□サマリタンPAD450P（SN11桁） | | | | | | | | | | | |
| ※ご購入先  (販売店もしくは、レンタル会社) |  | | | | | | | | | | | |

▼変更する項目にチェックの上ご記入下さい。※部分は必須項目となります。必ずご記入下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □変更がある場合は、チェックして下さい。 | AED設置情報 | 記入欄 | |
| ※設置年月日 | 201X年1月1日  AED設置情報の変更は こちらをご記入下さい。 | |
| ※ふりがな | まるまるこうぎょうかぶしきがいしゃ　とうきょうししゃ | |
| ※設置施設名称 | 〇〇株式会社　東京支社 | |
| ※設置施設種別  （リストからお選びください） | □消防・海保・防衛関係施設　□医療施設（病院・診療所・病院等）  □介護・福祉施設　□公共交通機関（駅、電車、バス、タクシー、高速道路等）  □学校・保育施設（小中学校、高校、大学、各種学校等）  □体育・スポーツ施設（運動場、体育館、スキー場、ゴルフ場等）  □公園・文教・娯楽施設（図書館、テーマパーク、パチンコ店等）  □宿泊施設（ホテル、旅館等）  □商業施設（デパート、駅ビル、商店街、コンビニ等）  □その他の不特定多数が利用する公的施設　■会社・事業所  □集合住宅（マンション、団地等）□自宅・自家用車内　□その他  ×  ×  〇 | |
| ※設置場所住所 | ※〒　　　　　　　　　　※　　東京　　都 ・ 道 ・ 府 ・ 県  ×  ×  〇  〇 | |
| ※市区町村以下 | 〇〇区△△町〇－△－□ | |
| ※設置位置 | 1階　受付 | |
| ※設置目的  （どちらかをお選びください） | 不特定多数の人の利用を目的とする　・　特定できる個々人の利用を目的とする | |
| 旧利用者情報 | 記入欄 | |
| ※ご利用者名 | 〇〇株式会社 | |
| 所属部署  （企業、団体の場合） | 東京工場 | ご担当者名　山田 |
| ※電話番号 | 03―××××―1234 | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □変更がある場合は、チェックして下さい。 | 製品管理責任者★注 | 記入欄 | |
| ※ふりがな |  | |
| ※お名前  （設置情報と異なる場合） | ■設置情報と同じ　□お名前（　　　　　　　　　　　） | |
| 種別  （リストからお選びください） | □公共団体（消防機関・海上保安機関・防衛機関）　□医療機関  □（上記以外の）公的団体的団　■民間企業・団体　□個人・その他 | |
| ※ご住所 | ■設置情報と同じ（設置情報と同じ場合はチェック、違う場合はご記入ください）  ※〒　　　　　　　　　　※　　　　　都 ・ 道 ・ 府 ・ 県 | |
| ※市区町村以下 |  | |
| ※電話番号 | 03―××××―1234 | |
| FAX番号 | ―― | |
| メールアドレス | ＠ | |
| 旧利用者情報 | 記入欄 | |
| ※ご利用者名 | 〇〇株式会社 | |
| 所属部署  （企業、団体の場合） | 東京工場 | ご担当者名　山田 |
| ※電話番号 | 03―××××―1234 | |

|  |  |
| --- | --- |
| ※ご記入日 | 201×年1月1日 |
| ※ご署名  （記入された方の氏名） | 麹町　太郎※フルネームを直筆でご記入下さい。 |

|  |
| --- |
| 備考欄 |

|  |
| --- |
| ご記入に関して（必ずお読み下さい） |
| ◎※部分は利用者情報変更に必要な項目となりますので必ずご記入ください。  ◎記載いただいた内容に不明な箇所がある際はご連絡させていただく場合がございます。  ◎シリアル番号はAED本体カバーを外した本体の裏側に記載されています。  （ラベルの”SN”から始まる番号）  ◎本依頼書の情報については本来の目的以外には使用いたしません。  　（ただし製品の不具合の情報提供に使用させていただく場合がございます） |

★注：設置したAEDを管理する責任者

AED利用者情報変更依頼書  
チェック項目の利用者情報について下記の通り変更しておりますので、顧客情報の変更をお願いします。

▼太枠内は必ずご記入下さい。 ※部分は必須項目となりますので、必ずご記入下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ご依頼者情報 | 記入欄 | | | | | | | | | | | |
| ※ご依頼者名  （企業、団体名） |  | | | | | | | | | | | |
| ※電話番号 |  | | | | | | | | | | | |
| 所属部署名  （企業、団体の場合） |  | | | | | | | | | | | |
| 製品情報 | 記入欄 | | | | | | | | | | | |
| ※シリアル番号 | SN |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ※機種名  (該当機種にチェックを入れてください) | ライフパックシリーズ：□ライフパック1000　□ライフパックCR Plus（SN8桁）  サマリタンシリーズ：□サマリタンPAD350P　□サマリタンPAD450P（SN11桁） | | | | | | | | | | | |
| ※ご購入先  (販売店もしくは、レンタル会社) |  | | | | | | | | | | | |

▼変更する項目にチェックの上ご記入下さい。※部分は必須項目となります。必ずご記入下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □変更がある場合は、チェックして下さい。 | AED設置情報 | 記入欄 | |
| ※設置年月日 | 年月日 | |
| ※ふりがな |  | |
| ※設置施設名称 |  | |
| ※設置施設種別  （リストからお選びください） | □消防・海保・防衛関係施設　□医療施設（病院・診療所・病院等）  □介護・福祉施設　□公共交通機関（駅、電車、バス、タクシー、高速道路等）  □学校・保育施設（小中学校、高校、大学、各種学校等）  □体育・スポーツ施設（運動場、体育館、スキー場、ゴルフ場等）  □公園・文教・娯楽施設（図書館、テーマパーク、パチンコ店等）  □宿泊施設（ホテル、旅館等）  □商業施設（デパート、駅ビル、商店街、コンビニ等）  □その他の不特定多数が利用する公的施設　□会社・事業所  □集合住宅（マンション、団地等）□自宅・自家用車内　□その他 | |
| ※設置場所住所 | ※〒　　　　　　　　　　※　　　　　　　都 ・ 道 ・ 府 ・ 県 | |
| ※市区町村以下 |  | |
| ※設置位置 |  | |
| ※設置目的  （どちらかをお選びください） | 不特定多数の人の利用を目的とする　・　特定できる個々人の利用を目的とする | |
| 旧利用者情報 | 記入欄 | |
| ※ご利用者名 |  | |
| 所属部署  （企業、団体の場合） |  | ご担当者名 |
| ※電話番号 | ―― | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □変更がある場合は、チェックして下さい。 | 製品管理責任者★注 | 記入欄 | |
| ※ふりがな |  | |
| ※お名前  （設置情報と異なる場合） | □設置情報と同じ　□お名前（　　　　　　　　　　　） | |
| 種別  （リストからお選びください） | □公共団体（消防機関・海上保安機関・防衛機関）　□医療機関  □（上記以外の）公的団体的団　□民間企業・団体　□個人・その他 | |
| ※ご住所 | □設置情報と同じ（設置情報と同じ場合はチェック、違う場合はご記入ください）  ※〒　　　　　　　　　　※　　　　　都 ・ 道 ・ 府 ・ 県 | |
| ※市区町村以下 |  | |
| ※電話番号 | ―― | |
| FAX番号 | ―― | |
| メールアドレス | ＠ | |
| 旧利用者情報 | 記入欄 | |
| ※ご利用者名 |  | |
| 所属部署  （企業、団体の場合） |  | ご担当者名 |
| ※電話番号 | ―― | |

|  |  |
| --- | --- |
| ※ご記入日 | 年月日 |
| ※ご署名  （記入された方の氏名） |  |

|  |
| --- |
| 備考欄 |

|  |
| --- |
| ご記入に関して（必ずお読み下さい） |
| ◎※部分は利用者情報変更に必要な項目となりますので必ずご記入ください。  ◎記載いただいた内容に不明な箇所がある際はご連絡させていただく場合がございます。  ◎シリアル番号はAED本体カバーを外した本体の裏側に記載されています。  （ラベルの”SN”から始まる番号）  ◎本依頼書の情報については本来の目的以外には使用いたしません。  　（ただし製品の不具合の情報提供に使用させていただく場合がございます） |

★注：設置したAEDを管理する責任者