



返信先：日本ストライカー株式会社メディカル事業部宛 FAX 番号：03 4335 0184 E メール：rs\_pcj\_lifepak-hp@stryker.com

## 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。

<b>ご依頼者情報</b>		<b>全ての項目を必ずご記入下さい。</b>	
※ご依頼者名 (企業、団体名)	〇〇株式会社		
※電話番号	03-XXXX-1234		
所属部署名 (企業、団体の場合)	本社 総務部		
<b>製品情報</b>		記入欄	
※シリアル番号	SN	1	2
※機種名 (該当機種にチェックを入れてください)	<input type="checkbox"/> ライフバックシリーズ <input type="checkbox"/> ライフバック1000 <input checked="" type="checkbox"/> ライフバックCR Plus (SNB 桁) <input type="checkbox"/> ライフバックCR2 <input type="checkbox"/> ライフバックCR2 オートショック <input type="checkbox"/> サマリタンシリーズ <input type="checkbox"/> サマリタン PAD 350P <input type="checkbox"/> サマリタン PAD 360P <input type="checkbox"/> サマリタン PAD 450P (SN11/14 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。 ※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。	<b>AED 設置情報</b>	<b>AED 設置情報の変更はこちらをご記入下さい。</b>		
	※設置年月日	20XX 年 1 月 1 日		
	※ふりがな	まるまるこうぎょうかぶしがいいしや とうきょうししや		
	※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)	<input type="checkbox"/> 消防・海保・防衛関係施設 <input type="checkbox"/> 医療施設 (病院・診療所・病院等) <input type="checkbox"/> 介護・福祉施設 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 (駅、電車、バス、タクシー、高速道路等) <input type="checkbox"/> 学校・保育施設 (小中学校、高校、大学、各種学校等) <input type="checkbox"/> 体育・スポーツ施設 (運動場、体育館、スキー場、ゴルフ場等) <input type="checkbox"/> 公園・文教・娯楽施設 (図書館、テーマパーク、パチンコ店等) <input type="checkbox"/> 宿泊施設 (ホテル、旅館等) <input type="checkbox"/> 商業施設 (デパート、駅ビル、商店街、コンビニ等) <input type="checkbox"/> その他の不特定多数が利用する公的施設 <input checked="" type="checkbox"/> 会社・事業所 <input type="checkbox"/> 集合住宅 (マンション、団地等) <input type="checkbox"/> 自宅・自家用車内 <input type="checkbox"/> その他		
	※設置場所住所	※〒〇〇〇-XXXX※ 東京 (都) 道・府・県		
	※市区町村以下	〇〇区△△町〇-△-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)	<input checked="" type="checkbox"/> 不特定多数の人の利用を目的とする <input type="checkbox"/> 特定できる個人の利用を目的とする		
	<b>旧利用者情報</b>		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-XXXX-1234		

□変更がある場合は、チェックして下さい。	<b>製品管理責任者★注</b>	<b>製品管理責任者情報の変更はこちらをご記入下さい。</b>	
	※ふりがな		
	※お名前 (設置情報と異なる場合)	<input checked="" type="checkbox"/> 設置情報と同じ <input type="checkbox"/> お名前 ( )	
	種別 (リストからお選びください)	<input type="checkbox"/> 公共団体 (消防機関・海上保安機関・防衛機関) <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> (上記以外の) 公的団体の団 <input checked="" type="checkbox"/> 民間企業・団体 <input type="checkbox"/> 個人・その他	
	※ご住所	<input checked="" type="checkbox"/> 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) ※〒〇〇〇-〇〇〇〇※ 都・道・府・県	
	※市区町村以下		
	※電話番号	03-XXXX-1234	
	FAX 番号	-	
	※メールアドレス	@	
	<b>旧利用者情報</b>		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-XXXX-1234		

※ご記入日	20XX 年 1 月 1 日
※ご署名 (記入された方の氏名)	麴町 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)	<input type="checkbox"/> ライフバックシリーズ <input type="checkbox"/> ライフバック 1000 <input type="checkbox"/> ライフバック CR Plus (SN8 桁) <input type="checkbox"/> ライフバック CR2 <input type="checkbox"/> ライフバック CR2 オートショック <input type="checkbox"/> サマリタンシリーズ <input type="checkbox"/> サマリタン PAD 350P <input type="checkbox"/> サマリタン PAD 360P <input type="checkbox"/> サマリタン PAD 450P (SN11/14 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)	<input type="checkbox"/> 消防・海保・防衛関係施設 <input type="checkbox"/> 医療施設 (病院・診療所・病院等) <input type="checkbox"/> 介護・福祉施設 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 (駅、電車、バス、タクシー、高速道路等) <input type="checkbox"/> 学校・保育施設 (小中学校、高校、大学、各種学校等) <input type="checkbox"/> 体育・スポーツ施設 (運動場、体育館、スキー場、ゴルフ場等) <input type="checkbox"/> 公園・文教・娯楽施設 (図書館、テーマパーク、パチンコ店等) <input type="checkbox"/> 宿泊施設 (ホテル、旅館等) <input type="checkbox"/> 商業施設 (デパート、駅ビル、商店街、コンビニ等) <input type="checkbox"/> その他の不特定多数が利用する公的施設 <input type="checkbox"/> 会社・事業所 <input type="checkbox"/> 集合住宅 (マンション、団地等) <input type="checkbox"/> 自宅・自家用車内 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 公共団体 (消防機関・海上保安機関・防衛機関) <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> (上記以外の) 公的団体の団 <input type="checkbox"/> 民間企業・団体 <input type="checkbox"/> 個人・その他	
	※ご住所	<input type="checkbox"/> 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