



AED使用の有無	有 ・ 無 ※有とは、電源を入れパッドを傷病者へ装着したことをいう
AED使用状況	傷病者を確認してからAEDを装着するまでに要した時間 約 _____ 分
主な対応経過	
自己評価	<input type="checkbox"/> 応急手当の流れに沿った対応ができた <input type="checkbox"/> 概ね必要な対応はできた <input type="checkbox"/> 多くの処置等、必要な対応が出来なかった
<p>奥州金ヶ崎救命サポーターステーション認定要綱第10に基づき、下記のとおりAEDパッドの補充について請求します</p>	
AED情報	メーカー名： 型番：
連絡先	担当者氏名： 連絡先 電話：
請求項目	<input type="checkbox"/> AEDパッド
備考	