様式９（第10関係）

救命サポーターステーションＡＥＤパッド補充に係る受領書

|  |
| --- |
| 　奥州金ケ崎行政事務組合消防本部　　消防長　様　　　　　　　　　住　　　所　　　　　　　　　　施　設　名　　　　　　　　　　代表者氏名　　令和　年　月　日付　奥州金ケ崎救命サポーターステーション認定要綱第10に基づき補充申請した物品については、　　年　　月　　日、確かに受領しました。 |
| 補充申請物品 | メーカー名：型　　　番： |
| 受領者 | 役職・氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　 |
| 受　　　付 | 備　　　考 |
|  |  |