**みやざき救急ステーション事業調査票**

事業所名

管理権原者氏名

所在地

電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　FAX番号

担当者名

**１　この事業を「継続する」・「継続しない」のどちらかを○で囲んでください。**

「継続する」　　・　　「継続しない」

**２　１で「継続する」とされた事業所様はご回答ください**

（１）従業員数（正社員数）・（　　　　名）

（２）上記従業員のうち救命講習修了者数

　　　普通救命講習有資格者（　　　　名）

　　　その他の講習有資格者（　　　　名）

（３）実施要綱別表第４に掲げる応急手当資器材の常備の有無

「常備している」　　・　　「常備していない」

（４）AED設置（任意）の有無

「設置している」　　・　　「設置していない」

（　　　　台）

（５）救急訓練実施の有無

「訓練を実施している」　　・　　「訓練を実施していない」

※救急訓練を実施（年一回以上）した場合は「訓練を実施している」に○で囲んでください。