

# 臺南市 AED 安心場所之認證申請表

申請日期： 年 月 日

<b>場所資訊</b>	場所名稱 全名			統一編號	
	場所地址			AED 開放 使用時間	
	場所開放時間 緊急聯絡電話	傳真			
	負責人			員工總人數	
<b>管理員 資訊</b>	姓名		職稱	性別	
	電子郵件			連絡電話	
<b>AED 設備資訊</b>	經銷商名稱			連絡電話	
	廠牌	型號	序號	設置日期	保固期限
<b>員工訓練資料</b>	課程名稱		辦理日期	訓練單位	
完訓比例(%)		完訓總人數_____人 / 員工總人數__人 = %			
<p>※ 如本表有不敷使用，請另提供清冊資料。</p> <p>※ 以上資料申請單位若有造假致生損害等，將自行負責。</p>					
最近一次安心場所認證結果		_____年度認證結果： <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過 <input type="checkbox"/> 首次申請			
最近一次認證審查意見(無則免填)		改善措施			