

臺南市 AED 安心場所之認證申請表

申請日期： 年 月 日

場所資訊	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		
管理員 資訊	姓名		職稱	性別		
	電子郵件			連絡電話	行動電話	
AED 設備資訊	經銷商名稱			連絡電話		
	廠牌	型號	序號	設置日期	保固期限	
員工訓練資料	課程名稱		辦理日期	訓練單位		完訓人數
	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				