

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	(帶入)			統一編號	
	場所地址	(帶入)			AED 開放 使用時間 (帶入)	<input type="checkbox"/> 星期一至星期五__ :00 至 __ :00 <input type="checkbox"/> 星期六__ :00 至 __ :00 <input type="checkbox"/> 星期日__ :00 至 __ :00 <input type="checkbox"/> 星期_____公休
	場所開放時間 緊急聯絡電話	(帶入)	傳真			
	負責人				員工總人數	(帶入)
管理員資訊	姓名	(帶入)	職稱		性別	
	電子郵件	(帶入)			連絡電話	(帶入)
					行動電話	
AED 設備資訊 (全可帶入)	經銷商名稱				連絡電話	
	廠牌	型號	序號	設置日期	保固期限	置放地點
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(帶入)人 = (系統計算) %				
※如本表有不敷使用，請另提供清冊資料						
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		
最近一次認證審查意見(無則免填)				改善措施		