

救急ボイストラ 導入意向調査担当 宛
(kyukyuvoicetra@fri.go.jp)

救急ボイストラ導入意向調査書

以下の条件で救急ボイストラの導入を希望します。

記

- 1 導入台数 _____台
- 2 インストール端末名 _____
- 3 使用予定件数 _____件/年間 程度

※使用予定件数は、過去の外国人搬送者数を踏まえ大まかに予測してください。
(例 ○十件程度、○百件程度)

令和 ____年 ____月 ____日

消防本部名 : _____

【担当者連絡先】

部署名 : _____

担当者 : _____

電話 : _____

メール : _____