

稲敷市クーリングシェルター応募様式

稲敷市 保健福祉部健康増進課 宛て(〒300-0595 稲敷市犬塚1570番地1)

(TEL) 029-892-2000(代表)
(FAX) 029-893-1543
(e-mail) kenkou@ity.inashiki.lg.jp

応募内容(施設情報及び応募者情報)

内容		記入欄	
施設情報 (公開情報)	施設等の名称	△△△△△△△△	
	所在地	郵便番号	300-〇〇〇〇
		住所	稲敷市□□□□□□
	電話番号		××××-××-××××
	受入可能な 曜日及び時間	曜日	月～金
		時間	8:30～17:15
		特記事項	(例) ・土日祝日開放なし ・水曜日のみ開放時間は16時まで
	受入可能人数		30
休憩場所の概要		(例) ・正面玄関を入った左手の待合スペースを使用 ・丸テーブル3台、椅子9脚常設	
上記内容は、稲敷市ホームページ等に掲載いたします。 掲載の都合上、一部文章を変更する場合がありますのでご了承ください。			
非公 開 情 報	法人名	△△△△△△△△	
	住所	□□□□□□□□	
	代表者名	◇◇◇◇◇◇◇◇	
	担当者所属・氏名	〇〇部△△課 ×××	
	連絡先電話番号	××××-××-××××	
	連絡先FAX	××××-××-××××	
	連絡先Eメールアドレス	●●●@□□□	

当施設は、稲敷市指定暑熱施設(クーリングシェルター)応募要項の内容に基づき、稲敷市クーリングシェルターに指定されることに同意します。

施設名

代表者名

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。