

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@city.inashikii.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	
		住所	
	電話番号		
	受入可能な曜日及び時間	曜日	
		時間	
		特記事項	
	受入可能人数		
休憩場所の概要			
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		
	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。