

岩出市役所 保険介護課 健康推進係 宛
 〒649-6292
 岩出市西野 209 番地
 TEL : 0736-62-2141 (代表)
 FAX : 0736-63-0075

岩出市クーリングシェルター申込書

【 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	
	施設の所在地	(郵便番号)
		住 所
	電話番号	
	受入可能日時	曜日
		時間
受け入可能人数	人	
	受入可能人数の内訳・概要	人
		人
		人
		人

※上記内容は、市ウェブサイトなどに掲載します。都合上、文章を変更する場合がありますのでご了承ください。

応募者(非公開情報)	協定書作成に係る情報	協定締結者	法人名	
			住所	
		施設管理者	役職名	
			氏名	
	担当者	所属	所属	
			職・氏名	
			電話番号	
		住所	住所	
			役職名	
			氏名	

岩出市役所 保険介護課 健康推進係 宛
 〒649-6292
 岩出市西野 209 番地
 TEL : 0736-62-2141 (代表)
 FAX : 0736-63-0075

記入例

岩出市クーリングシェルター申込書

【 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	〇〇〇〇	
	施設の所在地	(郵便番号)	〒△△△-△△△△
		住所	岩出市〇〇〇〇〇〇
	電話番号		△△△△-△△-△△△△
	受入可能日時	曜日	〇～〇曜日(祝祭日は除く)など
		時間	△△時△△分～△△時△△分
受け入可能人数		△人	
受入可能人数の内訳・概要		入口ロビー(ソファ)	△人
		△階エレベーター前(ベンチ)	△人
		△階〇〇室	△人
			人

※上記内容は、市ウェブサイトなどに掲載します。都合上、文章を変更する場合がありますのでご了承ください。

応募者 (非公開情報)	協定書作成に係る情報	協定締結者	法人名	株式会社〇〇〇〇
			住所	〇〇〇〇〇〇
			役職名	代表取締役社長など
			氏名	〇〇 〇〇
	施設管理者	所属	〇〇店	
		役職名	店長など	
		氏名	〇〇 〇〇	
	担当者	所属	〇〇部〇〇課	
		職・氏名	〇〇係長 〇〇 〇〇	
		電話番号	△△△-△△-△△△△	