阿波市クーリングシェルター　応募用紙

阿波市健康福祉部　健康推進課　様

１．申込者〈非公開情報〉

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 代表者名 |  |
| 担当者所属・氏名 |  |
| 連絡先電話番号 |  |
| 連絡先FAX番号 |  |
| 連絡先メールアドレス |  |

２．施設情報〈公開情報〉

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名 | | |  |
| 所在地 | 郵便番号 | |  |
| 住所 | |  |
| 電話番号 | | |  |
| 受入可能曜日及び時間 | | 曜日 |  |
| 時間 |  |
| 特記事項 |  |
| 受入可能人数 | | | 人 |
| 休憩場所の概要 | | |  |

３．確認事項　　該当に〇をつけてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 冷房設備の有無 | 有　　　無 |
| 熱中症特別警戒情報が発表された場合の開放の可否 | 可　　　否 |
| 熱中症特別警戒情報が発表されていない場合での開放の可否（実施期間中）　　※ | 可　　　否 |
| 水分補給の可否　　※ | 可　　　否 |
| 飲料自動販売機設置の有無　　※ | 有　　　無 |
| 飲料水等の販売の有無　　※ | 有　　　無 |
| 冷水機、ウォーターサーバー等設置の有無　　※  有の場合、利用の可否 | 有　　　無  可　　　否 |

※　…　必須条件ではありません

４．添付書類　　見取り図（別紙）

別紙

見取り図

事業所等における、クーリングシェルターとして利用可能な場所を示してください。