

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	〇〇〇〇
代表者名	〇〇〇〇
担当者所属・氏名	〇〇〇課・〇〇〇〇
連絡先電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
連絡先FAX番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
連絡先メールアドレス	〇〇〇〇@〇〇〇〇.〇〇

2. 施設情報〈公開情報〉

施設名	〇〇〇〇	
所在地	郵便番号	771-〇〇〇〇
	住所	阿波市〇〇町〇〇〇〇番地〇〇
電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	
受入可能 曜日及び 時間	曜日	月曜日～金曜日
	時間	9:00～18:00
	特記事項	祝日、第4火曜日を除く
受入可能人数	5人	
休憩場所の概要	1階ロビー	

3. 確認事項 該当に○をつけてください。

冷房設備の有無	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無
熱中症特別警戒情報が発表された場合の開放の可否	<input checked="" type="radio"/> 可	<input type="radio"/> 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) ※	<input checked="" type="radio"/> 可	<input type="radio"/> 否
水分補給の可否 ※	<input checked="" type="radio"/> 可	<input type="radio"/> 否
飲料自動販売機設置の有無 ※	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無
飲料水等の販売の有無 ※	<input type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 無
冷水機、ウォーターサーバー等設置の有無 ※	<input type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 無
有の場合、利用の可否	<input type="radio"/> 可	<input type="radio"/> 否

休憩場所で水分をとっても良いかどうか。

※ … 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

図面等の写しの貼付可

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。