富士市指定暑熱避難施設（クーリングシェルター）応募票

　令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 代表者（役職・氏名） | （ふりがな） |
|  |
| 所在地 | 〒 |
| 担当者連絡先 | 部署名 |  | 役　職 |  |
| （ふりがな）氏　名 |  |
|  |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| Ｅメール |  |
| 開放可能曜日（○を記入） | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 開放可能時間（24時間表記） | ：　 ～： | ：　～： | ：　～： | ：～： | ：～： | ：～： | ：～： |
| 指定避難場所 |  | 受入可能人数 | 　　　　　人 |
| その他（休業日など） |  |
| （事務局記入欄） |

※上記に必要事項を記入の上、富士市保健医療課に提出してください。

　（直接もしくは、郵送・Ｅメールにてお願いします）

【提出先・問合せ】

〒416-8558　富士市本市場432-1（フィランセ西館３階）　富士市保健医療課

電話：0545-67-0260　Ｅメール：ho-iryou@div.city.fuji.shizuoka.jp