

八潮市 クーリングシェルター (変更・廃止) 申込書

八潮市健康福祉部健康増進課 宛

(FAX)048-996-7810

(メール)kenkozoshin@city.yashio.lg.jp

記入例

どちらかに○をつけて
ください。

1. 申請者

法人名	八潮市役所
所在地	〒340-8588 埼玉県八潮市中央一丁目2番地1
代表者名	八潮市長 ○○ ○○
担当者 情 報	担当者所属・氏名 健康福祉部 健康増進課 八潮 太郎
	電話番号 048-995-0000
	FAX番号 048-995-0000
	Eメールアドレス ○○@○○.jp

2. 変更内容(変更部分のみではなく、全ての項目をご記載ください)

施設名称	八潮市立保健センター	所在地は、 「中央1-2-1」(「-」で省略せず、 「中央一丁目2番地」 正式に記入してくだ
所在地	〒340-8588 埼玉県八潮市中央一丁目2番地1	
電話番号	048-995-0000	
開放可能日	月曜日～金曜日	
開放可能時間	8:30～17:15まで	
受入可能人数	○○人	
受入可能場所	ロビー	
利用上の注意事項		
施設WebページURL	https://	

3. 廃止

施設名称	
廃止日	