

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	〒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://

所在地は、
「中央1-2-1」のように
「-」で省略せず、
「中央一丁目2番地1」のように、
正式に記入してください。

3. 廃止

施設名称	
廃止日	令和 年 月 日