

八潮市 クーリングシェルター指定申込書

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

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-○○○○
	土日祝日の電話番号 (上記電話番号と異なる場合)	
	FAX番号	048-995-○○○○
	Eメールアドレス	○○@○○.jp

所在地は、
「中央1-2-1」のように
「一」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。

2. 施設情報公開情報

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-○○○○
開放可能日	月曜日～金曜日、土日祝など
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://