刈谷市福祉健康部健康推進課　宛

見本

**刈谷市クーリングシェルター指定申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 施設情報 | |
| 施設名 | ○○薬局△△店 |
| 住所 | 〒○○○－○○○○  刈谷市○○町○丁目○番地 |
| 施設管理者 | 所属部課：○○部△△課  役職名：○○課長  氏名：○○　○○ |
| 電話 | ○○○○－○○－○○○○ |
| 開放可能日 | 月曜日～金曜日 |
| 開放時間 | 10：00～18：00 |
| 定休日 | ○曜日、△曜日 |
| 受入可能人数 | ○人 |
| シェルター  指定部分の概要 | 調剤室待合、1階休憩スペース  ※別紙にて、図面の添付をお願いいたします。 |
| URL | ※公式HP等があればご記入ください。 |
| その他  記入欄 | ※指定にあたり留意事項等があればご記入ください。  例：入館の際は受付が必要です。 |

※上記内容は、一部、市HPなどに掲載します。

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者情報 | |
| 事業者名 | ○○株式会社 |
| 所属・役職 | ○○部△△課　☆☆担当 |
| 担当者名 | ○○　○○ |
| 電話 | ご記入ください。 |
| メール | ご記入ください。 |

当施設は、刈谷市クーリングシェルターに指定されることに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　施設名　○○薬局△△店

　　　　　　　　　　　　　　　　管理者名　○○　○○