

甲府市クーリングシェルター・クールシェアスポット申込書

申請日 年 月 日

担当者情報	
(申込内容の確認等を行う場合の連絡先をご記入ください。非公開です。)	
氏名 (ふりがな)	
TEL	
FAX	
Eメール	
施設・店舗等情報	
(★印は市ホームページ等で公開します。)	
名称 (★)	
住所 (★)	〒
TEL	
URL	
シェアできる場所の説明	
休息できる椅子やソファ等の有無	有 ・ 無 ※該当する方を○で囲んでください。
クーリングシェルターの指定	協力可 ・ 協力不可 ※該当する方を○で囲んでください。
以下は、クーリングシェルターへの指定に「協力可」の施設のみご記載ください。	
営業時間 (開館時間) (★)	
休業日 (休館日) (★)	
クーリングシェルター 受入可能人数 (★)	
協力いただける内容があればご記入ください。(水分補給など)	

※今回ご登録いただきますと、来年度以降は申し出がない限り自動更新となります。

【宛先】甲府市役所 健康政策課 健康生きがい係
 郵 送：〒400-0858 甲府市相生 2-17-1 健康支援センター内
 F A X：055-227-5294
 Eメール：kenkouss@city.kofu.lg.jp