

富士市指定暑熱避難施設（クーリングシェルター）応募票

令和 年 月 日

施設名							
代表者 (役職・氏名)	(ふりがな)						
所在地	〒						
担当者 連絡先	部署名				役 職		
					(ふりがな) 氏 名		
	電話番号				F A X 番号		
	Eメール						
開放可能曜日 (○を記入)	日	月	火	水	木	金	土
開放可能時間 (24 時間表記)	: }	: }	: }	: }	: }	: }	: }
指定避難場所				受入可能人数	人		
その他 (休業日など)							
(事務局記入欄)							

※上記に必要事項を記入の上、富士市保健医療課に提出してください。

(直接もしくは、郵送・Eメールにてお願いします)

【提出先・問合せ】

〒416-8558 富士市本市場 432-1 (フィランセ西館3階) 富士市保健医療課

電話: 0545-67-0260 Eメール: ho-iryoku@div.city.fuji.shizuoka.jp