

相馬市保健センター 予防係 宛

相馬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	役職名		氏名	
住所	〒			
担当者 連絡先	部課名		役職名	
			氏名	
	電話番号		FAX	
	E-Mail (必須)			
開放可能 日・時間	(24時間表示)			
受け入れ 可能人数				
その他記入欄				