

「クーリングシェルター」 応募用紙

年 月 日

宇 都 宮 市 長

住所  
氏名  
(法人にあつては名称及び代表者の氏名)

「クーリングシェルター」の指定を受けたいので、下記のとおり応募します。

施設名称	
所在地	〒
電話番号	
メールアドレス	
利用者滞在スペースの概要	
開放可能な曜日	
開放可能な時間帯	
受入可能人数	名
施設管理担当部署(者)	
連絡窓口	担当氏名 連絡先(電話) (メール)



《問合せ・応募先》  
宇都宮市保健所総務課薬事グループ  
〒321-0974 宇都宮市竹林町972番地  
TEL 028-626-1104 FAX 028-627-9244  
Mail u19070400@city.utsunomiya.tochigi.jp