年　　月　　日

白子町健康福祉課　行

白子町涼み処申込用紙

|  |  |
| --- | --- |
| 施設情報（公開情報※） | |
| 施　設　名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 開放可能日・時間 |  |
| 定休日 |  |
| 開放場所の概要 | ●椅子またはベンチ　　　　脚 |
| 受け入れ可能人数 | 人 |
| 備考 |  |

※上記内容は町ホームページ等へ掲載します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業者情報 | | | | |
| 事業者名（法人名） | |  | | |
| 代表者氏名 | |  | 代表者役職名 |  |
| 担当者 | 氏　名 |  | 所属・役職名 |  |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| メール |  | | |