令和　年　月　日

様式1

**可児市「涼み処」実施申込書**

住　所:

事業者名:

代表者名:

可児市長　様

|  |  |
| --- | --- |
| １.施設名称 |  |
| ２.施設所在地 | 〒　　　－  可児市 |
| ３.施設連絡先 | 電　話:  ＦＡＸ:  メール:  担当者名： |
| ４.休憩場所の概要  ※場所が分かるように見取り図も別途添付してください。（自由書式） | 場所：（例）１階ロビー、1階飲食スペース等 |
| ５.開放可能日時 | ※曜日、時間が分かるように記載してください  （例）月曜～土曜（祝日を除く）　午前9時～午後10時 |
| ６.受け入れ可能人数 | ※常時その人数が滞在可能な人数を記載してください |
| ７.飲料販売 | 有・無【店舗・自販機・露店】 |
| ８.同意について | **□可児市「涼み処」事業実施要領の内容に同意します。** |

可児市健康増進課母子保健係

担　当：滝

連絡先：0574-62-1111（5507）

メール：kenkozosin@city.kani.lg.jp