「川越市指定暑熱避難施設（川越ひと涼み処）」指定解除申請書

　　年　　月　　日

（提出先）

川　越　市　長

住所

申請者　法人名

　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

以下の施設について、「川越市指定暑熱避難施設（川越ひと涼み処）」の指定解除を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名称 |  |
| 施設所在地 | 〒  川越市 |
| 施設電話番号 |  |

|  |
| --- |
| 指定解除の理由 |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 担当者情報 | | | | |
| 担当者 | 名前 |  | | |
| 部署 |  | 役職 |  |
| 電話番号 |  | | | |
| ＦＡＸ |  | | | |
| E-mail | ＠ | | | |
| 備考 |  | | | |