

枕崎市「涼み処」協力承諾書

枕崎市「涼み処」としての提供について承諾するとともに、下記のとおり協力事業所として回答します。

枕崎市 健康・こども課 健康増進係（健康センター） 行

（FAX 番号 0993-72-7161）

（送付状は不要ですので、このままお送りください）

事業所名	
代表者名	
所在地	〒
連絡先	
営業時間	
定休日	
休憩スペース の概要	具体的な提供箇所（例：1階ロビー、ホール、休憩室等）
	冷房施設の有無について○を付けてください。 有 無
	休憩できる人数 _____人程度 （イスまたはベンチ_____脚）
備考 （PR など）	例：ウォーターサーバー設置しています。ご自由にご利用ください。 「涼み処を利用したい」と一言頂いた方には、お水を提供します。など