**平群町クーリングシェルター指定申込書**

提出日　令和　　年　　月　　日

**●申込者（非公開情報）**　※下記の空欄にご記入をお願いします

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 協定書の  締結予定者 | 名称  （法人名） |  |
| 代表者名 |  |
| ご担当者名 | 所属先 |  |
| 役職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| E-ｍail |  |

**●施設情報（公開情報）**

**※下記内容は町ホームページなどに掲載し、公表します。**

※紙面・掲載媒体の都合により文章を変更する場合がありますのでご了承ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 施　設　情　報 | |
| 施設の名称 |  |
| 所在地 | 〒  平群町 |
| 電話番号 |  |
| 開放可能な曜日・時間  （運用できる日及び時間帯は、各施設の実情に応じます） |  |
| 定休日（曜日等） |  |
| 開放室名  ※シェルター指定部分の場所  （自由に出入り可能な開放された場所が望ましいですが、必須ではありません） |  |
| 受入可能人数  （開放室名が複数ある場合は、それぞれの人数を記入ください） |  |
| 休憩場所の概要 |  |
| 施設WebページがあればそのURL |  |
| 利用できるもの（必須ではありません）  例：飲料自販機　テーブル  　　ウォーターサーバー　等 |  |
| 受け入れ可能人数  （椅子・ソファの利用可能人数） |  |

**●施設の確認情報**

|  |  |
| --- | --- |
| 冷房設備の有無 | 有 ・ 無 |
| 冷房施設の適切な管理の可否 | 可 ・ 否 |
| 奈良県に熱中症特別警戒情報が発表された場合の速やかな  クーリングシェルターの開放の可否 | 可 ・ 否 |
| 奈良県に熱中症警戒情報等が発表されていない場合での  クーリングシェルターの開放の可否  （4月第4水曜日～10月第4水曜日） | 可 ・ 否 |
| のぼり旗の掲示の可否 | 可 ・ 否 |
| 卓上のぼり旗の掲示の可否 | 可 ・ 否 |
| 椅子又はソファ等の提供の可否（※） | 可 ・ 否 |
| 椅子又はソファ等の提供可の場合の席数（※） | 席 |
| 水分補給の可否（※） | 可 ・ 否 |
| 飲料自動販売機等の設置の有無（※） | 有 ・ 無 |
| ウォーターサーバー等の利用の可否（※） | 可 ・ 否 |
| 町民が持参する熱中症予防のための飲料摂取の可否（※） | 可 ・ 否 |
| その他連絡事項があれば記載してください | |
|  | |

（※）…必須要件ではありません

**≪添付資料≫**

貴施設の全体を表す図（平面図、フロアマップ等）にシェルター指定部分の場所が分かるように色付け等で印を付けて提出してください。

**≪平群町クーリングシェルター指定申込に当たっての確認事項≫**

1. **申込書を提出した時点で、町からのクーリングシェルターの指定に同意したものとし、町と協定書を締結していただきます。**
2. **町が用意するのぼり旗等の掲出をお願いします。**
3. **休憩に訪れた方の対応は、各施設でお願いします。**
4. **環境省が発表する熱中症予防情報の把握に努めてください。**
5. **この取組の趣旨に沿わない、また公序良俗に反することなど、町が不適当と認める場合は、指定しない、または指定を取り消す場合があります。**
6. **クーリングシェルター開放に当たり、冷房設備の電気使用料等の開放に当たって必要な経費は貴施設のご負担となります。**
7. **クーリングシェルターの利用者が施設に損害を与えた場合であっても、町は損害賠償の責任を負いません。**

**申込方法**申込書に必要事項を記入し、持参、郵送、電子メールにて

**申 込 先**〒636－0914　平群町西宮2-1-6平群町保健福祉センター

平平群町住民福祉部　健康保険課

担当：西岡・長谷川

TEL：0745-45-8600 / FAX：0745-45-8611

E-mail ：kenkouho@town.heguri.nara.jp