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〇を付けてください。  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 |