

特定給食施設休止届

特定給食施設廃止届

令和 年 月 日

(あて先) 浜松市保健所長

給食施設設置者
住所

氏名

(法人にあつては、名称、主たる事務所の
所在地及び代表者の氏名)

特定給食施設に係る事業を (休 止) (廃 止) したので、健康増進法第20条第2項の規定により、次の
とおり届け出ます。

記

給食施設の名称 及び 所在地	名 称
	所在地
休止年月日 および 再開予定年月日	休 止 年 月 日
	再開予定 年 月 日
廃止年月日	年 月 日

届出担当者 (所属)

(氏名)

(連絡先)