第３号様式(第２条関係)

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

法人にあっては、名称、主たる事務所の

所在地及び代表者の氏名

休止

廃止

特定給食施設に係る事業を　　　　　　　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)