

| | |
|---------|-------|
| 施設番号 | |
| 食数区分 | |
| オンライン申請 | 有 ・ 無 |

特定給食施設等休止・廃止届

年 月 日

(あて先) 浜松市保健所長

(郵便番号)
住 所
〔法人にあっては
主たる事務所の所在地〕

(ふりがな)
氏 名
〔法人にあっては
名称及び代表者氏名〕

電話番号

特定給食施設等に係る事業を〔休止
廃止〕したので、〔健康増進法第20条第2項
浜松市特定給食施設等指導実施要領第3条第4項〕の規定により、
次のとおり届け出ます。

記

| | | |
|-----------------------------------|----------------|----------------|
| ふ り が な | | |
| 給食施設の名称 | | |
| 給食施設の所在地 | (郵便番号:) | |
| | (電話番号:) | |
| 休 止 年 月 日 及 び 再 開 予 定 年 月 日 | 休 止 再 開 予 定 | 年 月 日 年 月 日 |
| 廃 止 年 月 日 | 年 月 日 | |
| 休止又は廃止の理由 | | |

担当者 (所属)

(氏名)

(電話番号)