

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)