

様式第3号（第2条関係）

特定給食施設休止（廃止）届出書

年 月 日

長野市保健所長 宛

設置者の住所
(法人等にあつては、主たる事務所の所在地)
設置者の氏名
(法人等にあつては、名称及び代表者の氏名)

特定給食施設を休止（廃止）したので、健康増進法第20条第2項の規定により届け出ます。

- 1 給食施設の名称及び所在地
名 称
所在地

電話 ()

- 2 休止（廃止）した日 年 月 日

- 3 休止（廃止）した理由

- 4 休止した場合は、休止の予定期間 年 月 日から
年 月 日まで