第３号様式（第２条関係）

事業休止（廃止）届

年　　月　　日

保健所長　様

設置者　住　所

氏　名

法人にあっては、給食施設の設置者の

名称、主たる事務所の所在地及び代表

者の氏名

下記のとおり給食施設の事業を休止（廃止）したので届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 給食施設の名称 |  |
| 給食施設の所在地 |  |
| 給食事業の休止（廃止）年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 給食事業の休止（廃止）の理由 |  |
| 再開の予定年月日(休止の場合) | 年　　　　月　　　　日・未定 |