第３号様式(第３条関係)

**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

休止

廃止

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

特定給食施設等に係る事業を　 　　したので、　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | 年　　　　月　　　　日 |
| 再開予定 | 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)