

受理します。				課長	係長	係
令和	年	月	日			
施設コード				入力		

※上の欄には記入しないで下さい。

様式3

特定給食施設休止(廃止)届		令和 年 月 日
尼崎市保健所長 様		
〒 ー		
設置者	住所	
	氏名	
	電話番号 ()	ー
〔法人の場合は、その名称、主たる事務所の所在地及び電話番号並びに代表者の氏名〕		
特定給食施設を休止又は廃止したので、健康増進法第20条第2項の規定により、次のとおり届け出ます。		
給食施設の名称	(フリガナ) -----	
給食施設の所在地	尼崎市	
特定給食施設開始届を提出した年月日	年 月 日	
給食を休止(廃止)した年月日	年 月 日	
休止(廃止)の理由		
再開の予定(休止の場合)		