

特定給食施設休止（廃止）届出書

年 月 日

兵庫県 _____ 県民局長 様

設置者住所

(ふりがな)
設置者名

電話番号

*法人にあつては、主たる事務所の名称、所在地及び電話番号並びに代表者の氏名

健康増進法第 20 条第 2 項の規定により、次のとおり特定給食施設に係る事業を休止（廃止）しましたので届出をします。

給食施設の名称	ふりがな
給食施設の所在地	
給食の廃止年月日	年 月 日
給食の休止(予定)期間	年 月 日 ~ 年 月 日
休止（廃止）の理由	

※食数減少により特定給食施設の対象外となる場合も本様式により届出を行うこと。

上記施設の電話番号：

〃 メールアドレス：