

特定給食施設休止（廃止）届

年 月 日

熊本市保健所長（宛）

施設の名称

設置者 氏 名

印

住 所

（法人にあつては、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）

※自署の場合は押印不要です。

健康増進法第20条第2項の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

	休 止	廃 止
休止（廃止）年月日	年 月 日	年 月 日
休止（廃止）の理由		
再開の予定（休止の場合）	年 月 日	