

## 特定給食施設休止 (~~廃止~~) 届

代表者の職印を押印ください

令和〇 年 〇 月 〇 日

熊本市保健所長 (宛)

○×病院

施設の名称 医療法人△△会

設置者氏名 理事長 熊本太郎

住所 熊本市中央区大江5丁目1-1

(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。

事△医  
長△療  
之△法  
印 理人

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 ( <del>廃止</del> ) 年月日	令和〇 年 △月 ×日	年 月 日
休止 ( <del>廃止</del> ) の理由	(例) 給食提供を一時休止するた め	
再開の予定 (休止の場合)	令和□ 年 〇月 ×日	