|  |
| --- |
|  様式第４号（第３条関係） |
| 　　　　　　　　　特定給食施設休止（廃止）届　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日熊本市保健所長（宛）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設の名称施設の所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 設置者　氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （法人にあっては、主たる事業所の所在地）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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

|  |  |
| --- | --- |
| １　休止（廃止）年月日 | 年　　月　　日 |
| ２　休止（廃止）の理由 |  |
| ３　再開の予定（休止の場合） | 年　　月　　日 |

* 休止又は廃止を〇で囲んでください。
 |