|  |
| --- |
| 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。 |