様式第３号（第４条関係）

特定給食施設廃止（休止）届

　　 年　　月　　日

　（宛先）秋田市保健所長

　　　　　 特定給食施設設置者　 住 所

氏 名

法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名

電話番号

次のとおり特定給食施設事業を廃止（休止）したので、健康増進法第２０条第２項の

規定により、届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 特定給食施設の名称 |  |
| 廃止（休止）年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 廃止（休止）の理由 |  |
| 再開の予定年月日  （休止の場合） | 年　　　月　　　日 |