

様式第4号（第3条関係）

## 特定給食施設休止（廃止）届

年 月 日

宇都宮市保健所長 様

施設の名称  
施設の所在地 〒  
電話番号  
設置者氏名  
設置者の住所

㊞

次のとおり給食を休止（廃止）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。

休止（廃止）年月日	年 月 日
給食を休止（廃止）した理由	

備考 設置者が法人であるときは、名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名を記入してください。