

様式3 (給食施設用)

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、宇都宮市健康増進法施行細則第8条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。