

第5号様式（第2条関係）

給食施設廃止届出書

年 月 日	
(宛先) 茅ヶ崎市保健所長	
住所 届出者 氏名 電話番号	
給食施設を廃止したので、次のとおり届け出ます。	
給食施設の名称	
給食施設の所在地	
給食施設の電話番号	
廃止年月日	年 月 日
廃止の理由	