

第4号様式（第2条関係）

給食施設休止届出書

年 月 日	
茅ヶ崎市保健所長	
住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）	
届出者 氏名（法人にあつては、名称及び代表者氏名）	
電話番号	
給食施設を休止したので、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	
休 止 年 月 日	年 月 日
休 止 の 理 由	
再開予定年月日	年 月 日