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（法人にあっては、主たる事務所の所在地）　　　　　　　　届出者　氏名（法人にあっては、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 |