

給食施設廃止届出書

年 月 日 (宛先) 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	