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　（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 |  |