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 | 　　　　　　　　　　　　 |