## 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			