

給食施設休止届出書

茅ヶ崎市保健所長		年 月 日
住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）		
届出者 氏名（法人にあつては、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	