|  |
| --- |
| 様式第４号（第３条関係） |
| 特定給食施設休止（廃止）届  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  熊本市保健所長（宛）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設の名称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　設置者 氏 名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 住 所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては、給食施設の設置者の名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名）  　　健康増進法第２０条第２項の規定により、下記のとおり届け出ます。  記   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | 休　　　　止 | 廃　　　　止 | | 休止（廃止）年月日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | | 休止（廃止）の理由 |  |  | | 再開の予定（休止の場合） | 年　　月　　日 |  | |