

## 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  
施設の所在地  
設置者 氏名

（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

住所

（法人にあっては、主たる事業所の所在地）

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

1 休止（廃止）年月日	年 月 日
2 休止（廃止）の理由	
3 再開の予定（休止の場合）	年 月 日

※ 休止又は廃止を○で囲んでください。