|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| その他の給食施設休止（廃止）届出書  年　　月　　日  寝屋川市保健所長　様  届出者　住所  　　　　（ふりがな）  氏名  電話番号 | | | | |
|  | | | 法人にあっては、主たる事務所の名称、所在地及び電話番号並びに代表者の氏名 | |
| 次のとおり、その他の給食施設を休止（廃止）しましたので届出を  します。 | | | | |
|  | 給食施設の名称 | ふりがな | |  |
|  | |
| 給食施設の所在地 |  | |
| 給食の開始年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 給食の廃止年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 給食の休止予定期間 | 年　 月 　日～ 　 年 　月　 日 | |
| 休止（廃止）の理由 |  | |
|  | | | | |