|  |
| --- |
| 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 | 　 |
| 　 |