

様式第3号

特定給食施設休止（廃止）届

年 月 日

明石市長 様

設置者 住 所 〒 _____

氏 名 _____

電話番号 (_____) _____

(法人の場合は、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)

健康増進法第20条第2項の規定により、次のとおり特定給食施設に係る事業を休止（廃止）しましたので届出をします。

給食施設の名称	フリガナ _____
給食施設の所在地	〒 _____ 電話番号 () _____
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※	
再開の予定 (休止の場合)	

※ 休止（廃止）の理由が分かるように記載すること。