

特定給食施設廃止（休止）届

年 月 日

（宛先）秋田市保健所長

特定給食施設設置者 住 所  
氏 名

〔 法人にあっては、主たる事務所の  
所在地、名称及び代表者の氏名 〕

電話番号

次のとおり特定給食施設事業を廃止（休止）したので、健康増進法第20条第2項の規定により、届け出ます。

特定給食施設の名称	
廃止（休止）年月日	年 月 日
廃止（休止）の理由	
再開の予定年月日 （休止の場合）	年 月 日