様式第３号

その他の給食施設事業休止（廃止）届

年　　　月　　　日

水戸市保健所長 様

住 所

届出者　氏 名

法人にあっては，主たる事務所の

所在地並びに名称及び代表者の氏名

その他の給食施設の事業について，次のとおり休止（廃止）したので届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| その他の給食施設の名称 |  |
| その他の給食施設の所在地 |  |
| 事業休止（廃止）年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 休止（廃止）した理由 |  |

備考　休止（廃止）の日から１月以内に届け出てください。