

給食施設休止・廃止届

年 月 日

（宛先）前橋市保健所長

届出者（設置者）

所在地

氏名

電話番号

（法人にあつては、主たる事業所の所在地、名称及び代表者の氏名）

給食を 休止・廃止 しましたので、次のとおり届け出ます。

施設区分	特定給食施設 ・ 給食施設	電話	
施設の名称			
施設の所在地	〒	前橋市	
給食 休止・廃止 年月日	年 月 日		
給食休止・廃止の 理由			
給食再開の予定 (休止の場合)	年 月 日		

担当者	所属		(職) 氏名	
連絡先	電話番号		メール アドレス	

※保健所記入欄

施設台帳番号

--