

小規模特定給食施設休止・廃止届

年 月 日

保健所長 様

給食施設設置者

住 所

氏 名

電 話

法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称  
及び代表者の氏名

給食を休止・廃止しますので、石川県特定給食施設等栄養管理指導実施要綱第3条の規定により、次のとおり届け出ます。

施設 の 名 称		管 理 者 名	
施設 の 所 在 地		電 話 F A X	
施設 の 種 類	1 学校 2 病院 3 介護老人保健施設 4 介護医療院 5 老人福祉施設 6 児童福祉施設 7 社会福祉施設 8 矯正施設 9 寄宿舍 10 事業所 11 一般給食センター 12 その他 ( )		
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		

注 用紙の大きさは、日本産業規格 A4 とする。