別記様式第４号(第３条関係)

特 定 給 食 施 設 休 止 ・ 廃 止 届

年　　月　　日

石川県知事　　様

給食施設設置者
住　　所
氏　　名
電　　話
（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）

給食を休止・廃止しますので、健康増進法第20条第２項の規定により、届け出ます。

施設の名称		管理者名	
施設の所在地		電話 FAX	
施設の種類	1　学校　2　病院　3　介護老人保健施設　4　老人福祉施設 5　児童福祉施設　6　社会福祉施設　7　矯正施設　8　寄宿舎 9　事業所　10　一般給食センター　11　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、日本工業規格Ａとする。