

(様式 19)

所長	副所長	課長	係長	係		受付
						・ 第 号

特定給食施設廃止（休止）届

年 月 日

西宮市保健所長 様

設置者

住所（法人の場合は主たる事務所の所在地）

〒

氏名（法人の場合は名称及び代表者氏名）

電話番号

() -

健康増進法第20条第2項の規定により次のとおり届け出ます。

給食施設の名称
給食施設の所在地 〒
給食廃止（休止）日 年 月 日
再開予定（休止の場合のみ） 年 月 日
廃止（休止）理由