

特定給食施設等休止・廃止届

年 月 日

(宛先) 福岡市保健所長

設置者

住 所

氏 名

(法人にあつては、その名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名)

下記のとおり給食を休止・廃止したので、届け出ます。

記

1 施設名

2 給食休止・廃止(予定)年月日 年 月 日

3 休止・廃止理由