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。