

特定給食施設事業休止（廃止）届

年 月 日

豊橋市保健所長 様

設置者

郵便番号

住所

氏名

（法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者氏名）

電話番号

下記のとおり 健康増進法第20条第2項
豊橋市健康増進法施行細則第3条 の規定により届け出ます。

記

休止・廃止の別 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> 休止 <input type="checkbox"/> 廃止		
事業休止（廃止）年月日	年 月 日		
給食施設	名称		
	所在地	豊橋市	
	担当者	部署 氏名	電話番号
給食施設の種類 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 児童福祉施設 <input type="checkbox"/> 社会福祉施設 <input type="checkbox"/> 矯正施設 <input type="checkbox"/> 寄宿舍 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 一般給食センター <input type="checkbox"/> その他（ ）		
休止（廃止）の理由			
事業再開予定年月日	年 月 日		

備考 1 事業再開予定年月日欄は、事業を休止した場合に記載してください。