

様式第20号

平成 年 月 日

最上保健所長 殿

住所又は所在地

氏名又は名称及び代表者氏名

電話番号

### 給 食 廃 止 届

下記のとおり給食を廃止しましたから、食品衛生法の施行に関する規則第21条第2項の規定によりお届けします。

#### 記

- 1 施設の名称及び所在地
- 2 廃止年月日 平成 年 月 日
- 3 廃止理由