

(様式第20号)

年 月 日

置賜保健所長 殿

住所又は所在地

電話番号

氏名又は名称及び代表者氏名

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

2 施設の所在地

施設の電話番号

3 廃止年月日

4 廃止理由