

平成 年 月 日

山形県庄内保健所長 殿

住所又は所在地

氏名又は名称及び代表者氏名

年 月 日生

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
- 3 廃止理由