様式第３号（第２条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　福井県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　届出者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人にあっては、その名称、主たる

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事務所の所在地および代表者の氏名

特定給食施設事業休止（廃止）届出書

　下記のとおり、健康増進法第２０条第２項の規定により届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
| 設置者の住所および氏名  法人にあっては、その名称、主たる  事務所の所在地および代表者の氏名 |  |
|  | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日 |
|  | 年　　　　　月　　　　　日 |
|  |  |

注　１　届出者が自署する場合には、押印は不要である。

　　２　給食休止期間（終期）が未定の場合は、休止の始期のみを記入し、給食を再開する日が明らかになったときは、速やかに、再開する日を届け出ること。