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。 |
| 　 | 給食施設の所在地 | 　 | 　 |
| 給食施設の名称 | 　 |
|  | 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 | 　 |  |
| 給食休止期間 | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日　 |
| 給食廃止年月日 | 年　　月　　日 |
| 休止(廃止)の理由 | 　 |
| 　 |

　注　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。