

第4号様式

特定給食施設休止（廃止）届

年 月 日

(宛先) 川崎市保健所長

住所

氏名

〔 法人にあつては、主たる事務所の
所在地、名称及び代表者の氏名 〕

電話番号

次のとおり特定給食施設を休止（廃止）したので、健康増進法第20条第2項後段の規定により届け出ます。

施設の名称	
所在地	電話番号
休止（廃止）年月日	年 月 日
休止（廃止）の理由	
再開の予定年月日 (休止の場合)	年 月 日