

給食施設（休止・廃止・再開）届

令和×年 ○月 ○日

佐世保市保健所長 様

給食施設設置者住所
佐世保市高砂町○○-○
社会福祉法人 ×○会
氏名 理事長 △○ 太郎

社会福祉法人
×○会
理事長之印

いずれかに○を
お願いします。

法人にあつては、給食施設の設置者の名称、
主たる事務所の所在地及び代表者の氏名

下記のとおり、給食施設を【休止・廃止・再開】したので、【健康増進法第20条第2項・佐世保市健康増進法施行細則第8条】の規定により届け出ます。

記

1 給食施設の名称
○×保育園

2 給食施設の所在地及び電話番号
佐世保市○×町○○-○ 0956-24-○×○×

3 給食施設【休止・廃止・再開】日 令和×年 ○月 ○×日

4 給食施設【休止・廃止・再開】の理由
閉園のため