

## 給食施設休止（廃止）届

年 月 日

宇都宮市保健所長 様

設置者  
住 所 〒

氏 名

( 法人にあつては、名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名 )

次のとおり給食を休止（廃止）したので届け出ます。

給食施設の名称	
給食施設の所在地	〒  (連絡先) 電話 FAX Eメール
給食を休止（廃止）した年月日	年 月 日 (休止の場合の予定期間 年 月 日 まで)
給食を休止（廃止）した理由	