

管理番号	
給食規模	S AA A B

給食 廃止届
休止届

年 月 日

仙台市保健所長

給食施設設置者

氏名

給食施設を休止又は廃止したので、[健康増進法第20条第2項・仙台市健康増進法に基づく指導等のための届出等に関する条例第2条第2項] の規定により次のとおり届け出ます。

記

施設名称	
所在地	〒 _____ 仙台市 _____ 区
電話番号	
給食廃止年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
給食廃止の理由	
給食休止年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
給食休止の理由	再開予定： _____ 年 _____ 月 _____ 日
その他の事項	

給食休止届は、1月以上給食を休止する場合に提出してください。

(備考) 用紙の大きさは、日本工業規格A4版とする。