別記第３号様式（第３条関係）

年　　月　　日

北海道室蘭保健所長　様

特定給食施設設置者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

〔〕

電話番号

　　次のとおり給食事業を休止（廃止）しましたので、健康増進法第20条第２項の規定により、届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 休止（廃止）をした給食施設 | 名　称 |
| 所在地 |
| 休　止　（廃　止）　年　月　日 | 年　　　月　　　日 |
| 休　止（廃　止）を　し　た　理　由 |  |
| 休止の場合の予定期間 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |

　備考　休止又は廃止の日から１月以内に届け出てください。