様式第３号

その他の給食施設休止（廃止）届特定給食施設休止（廃止）届

**令和**　　年　　月　　日

（あて先）川口市長

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　印

法人にあっては、主たる事務所の

所在地、名称及び代表者の氏名

電話番号

　その他の給食施設を休止（廃止）したので、川口市保健所給食施設栄養管理指導等実施要綱第３（３）の規定により次のとおり届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 給食施設の名称 |  |
| 給食施設の所在地施設の所在地 | 電話番号 |
| 休止の期間 | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで |
| 廃止の期日 | 年　　月　　日 |
| 休止（廃止）の理由 |  |