

年 月 日

久留米市保健所長 宛て

施設所在地
名称
電話番号
施設の設置者 〒
住所
氏名
〔法人にあつては、主たる事務所の
所在地、名称及び代表者の氏名〕
電話番号

給食施設休止(廃止)届

次のとおり給食を(休止・廃止)したので、健康増進法第20条第2項後段又は久留米市健康増進法施行細則第10条第2項の規定により届け出ます。

1 給食の開始年月日 年 月 日

2 給食(休止・廃止)年月日 年 月 日

3 休止・廃止の理由