事業休止（廃止）届出書

年　　月　　日

青森市保健所長　様

設置者住所

氏名

（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（　　　　　　）　　　　　　－

下記のとおり事業を休止（廃止）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。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 給食施設の名称 |  |
| 2 | 給食施設の所在地 | 〒 |
| 3 | 休止（廃止）の年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 4 | 休止（廃止）の理由 |  |