

様式第5号（第4条関係）

特定給食施設休止（廃止）届

年 月 日

（宛先）

埼玉県 保健所長

〒
設置者の住所
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〕

特定給食施設を休止（廃止）したので、健康増進法第20条第2項後段の規定により、
次のとおり届け出ます。

施設 の 名 称	
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	