第３号様式（第２条関係）

特定給食施設事業休止（廃止）届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　（宛先）奈良市保健所長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 郵便番号

設置者 住　所

電話番号

（法人の場合は主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名並びに電話番号）

次のとおり特定給食施設の事業を休止（廃止）しましたので、健康増進法第２０条第２項及び奈良市健康増進法施行細則第２条第２項の規定により届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）  施 設 の 名 称 |  |
| 施 設 の 所 在 地 |  |
| 休止（廃止）年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 休止（廃止）の理由 |  |

　以下は記入しないでください

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所長 | 副所長 | 課長 | | 補佐 | 係長 | 係員 |
|  |  |  | |  |  |  |
| 決裁　令和　　年　　月　　日  起案　令和　　年　　月　　日 | | | 本件、上記のとおり届出がありましたので受理してよろしいか　印 | | | |