

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
氏名
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 起案 | 令和 年 月 日 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 | | | |