

# 記入の注意点

様式第3号

年度

管理栄養士配置指定 No.

給食施設 No.

## 特定給食施設〔廃止・休止・再開〕届

神戸市保健所長

あて

提出する日付（廃止・休止日付以降）

年 月 日

施設の名称	
施設の所在地	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> TEL ( <input type="text"/> ) <input type="text"/> - <input type="text"/>
施設の設置者の氏名 <small>(法人の場合は、その名称及び代表者の氏名)</small>	(名称) <input type="text"/> (役職) <input type="text"/> (氏名) <input type="text"/>
施設の設置者の住所 <small>(施設の所在地と同じ場合省略可) (法人の場合は、主たる事務所の所在地)</small>	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> TEL ( <input type="text"/> ) <input type="text"/> - <input type="text"/>

健康増進法第20条第1項に基づき、次のとおり届け出ます。

届出内容の番号に○をつけ、必要事項を記入すること。

1. 給食の廃止	廃止年月日： 年 月 日 廃止の理由： <input type="text"/> 「施設定員減による提供食数の減」等 具体的な理由を記載
2. 給食の休止	休止予定期間： 年 月 日 から 年 月 日 まで 休止の理由： <input type="text"/> 「工事により1か月間給食の提供を休止するため」等 具体的な理由を記載
3. 給食の再開	再開年月日： 年 月 日
本届の記入者	所属 <input type="text"/> 氏名 <input type="text"/> 連絡先 (TEL) <input type="text"/>