

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（再開日付以降）

年 月 日

施設の名称		
施設の所在地	〒	—
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>	TEL	
	<small>（名称）</small>	
	<small>（氏名）</small>	
施設の設置者の住所 <small>（施設の所在地と同じ場合省略可）</small> <small>（法人の場合は、主たる事務所の所在地）</small>	〒	—
	TEL ( )	—

・登録された内容で記載  
・給食の再開の場合、変更項目が生じていれば変更届（様式2）も提出

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：
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：
3. 給食の再開	再開年月日： 年 月 日
本届の記入者	所属 氏名 連絡先 (TEL)