

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  
ふり がな  
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	