

事業休止（廃止）届出書

年 月 日

（あて先）八戸市保健所長

郵便番号
届出者 住 所
氏 名

（法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）

電話番号

次のとおり事業を休止（廃止）したので、健康増進法第20条第2項の規定により届け出ます。

1 給食施設の名称及び所在地

2 休止（廃止）年月日 年 月 日

注 用紙の大きさは、A4縦長とする。