

第6号様式(第7条関係)

給食休止(廃止)届

年 月 日

高知市保健所長 様

施設の名称

施設の所在地

電話

F A X

設置者の氏名

(法人にあつては、名称及び代表者の職・氏名)

給食を休止(廃止)しましたので、高知市健康増進法施行条例第4条の規定により、次のとおり届け出ます。

休止(廃止)年月日	年 月 日
休止(廃止)の理由	
再開の予定(休止の場合)	年 月 日