

特定給食施設休止(廃止)届

〇年 〇〇月 〇〇日

(宛先)山形市保健所長

<設置者>

住所又は所在地 山形市〇〇町〇丁目〇-〇  
氏名又は名称 社会福祉法人 〇〇会  
及び代表者氏名 理事長 〇〇 〇〇

特定給食施設の事業を休止(廃止)したので、健康増進法第20条第2項後段の規定により次のとおり届け出ます。

特定給食施設の名称	社会福祉法人〇〇会 特別養護老人ホーム〇〇
特定給食施設の所在地・連絡先	〒990-〇〇〇〇 山形市〇〇町〇丁目〇番〇号 TEL:〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
休止予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日
廃止年月日	令和〇年 〇〇月 ●●日
休止(廃止)の理由	施設移転のため (例:改築のため、給食提供中止のため) ※なるべく具体的に記載してください。

健康増進法第二十条第二項より、  
事業を休止し、又は廃止したときは、1か月以内に山形市保健所へ  
提出してください。(電子メール、FAX 可)

『特定給食施設休止(廃止)届』の記載の仕方について

1 山形市にある給食施設は、『山形市保健所長』あてに提出してください。

2 『設置者』

設置者は、施設を設置する最高責任者です。

理事長、会長、代表取締役、県知事、市長などになります。

法人にあっては、名称及び代表者の職氏名を記入してください。

※押印は不要です。

『設置者の住所』：給食施設が所属する法人の本部・本社の所在地を記載してください。

3 『給食施設の名称』

休止・廃止する施設が、保健所に届出をしている名称を記載してください。

4 『特定給食施設の所在地』

休止・廃止する施設の所在地を記載してください。

5 『休止予定期間』または『廃止年月日』

休止の場合は期間(●月●日～▲月▲日など)を記載してください。

給食施設を再開する場合は、『特定給食施設設置届』を提出してください。

廃止の場合は、廃止する年月日を記載してください。

※『休止予定期間』または『廃止年月日』のどちらか片方だけを記入してください。

6 『休止(廃止)の理由』

休止や廃止の理由を、なるべく具体的に記載してください。



○提出後、内容を精査し山形市保健所から電話で詳細を確認する場合があります。(提出から連絡まで時間をいただく場合があります。)提出した届出の写しを必ず保管してください。

○やまがた e 申請からの提出をお願いします。  
申請フォームは山形市 HP に掲載しています。  
やまがた e 申請での提出ができない場合には、  
山形市保健所 健康増進課 窓口にご提出ください。

○記載方法に不明な点があれば、山形市保健所 健康増進課  
健康栄養係(616-7273)までご連絡ください。