

特定給食施設変更届

年 月 日

熊本市保健所長(宛)

施設の名称

設置者 氏 名

印

住 所

(法人にあつては、給食施設の設置者の名称、
主たる事務所の所在地及び代表者の氏名)

※自署の場合は押印不要です。

健康増進法第20条第2項の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

項 目	変 更 後				変 更 前			
1. 施設の名称								
2. 施設の所在地								
3. 給食施設の設置者 住所及び氏名								
4. 給食数(定員)	朝	昼	夕	合計	朝	昼	夕	合計
5. 管理栄養士及び 栄養士員数	管理栄養士		人		管理栄養士		人	
	栄養士		人		栄養士		人	

※該当する項目に○をつけ、変更のあった項目のみご記入ください。