

様式第3号

給食施設変更(廃止)届

年 月 日

熊本市保健所長 (宛)

〒  
届出者 住 所  
T E L  
フリガナ  
氏 名  
生年月日 年 月 日生

(法人にあつては、法人の名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名)

次のとおり給食施設を変更(廃止)したので届け出ます。

給食施設の所在地	校区 熊本市 TEL( )—
給食施設の名称	
変 更 事 項	
変更(廃止)年月日	

備考

構造設備の変更に係るもので機械器具等を移動させた場合は平面図を添付すること。