

給食変更（廃止）届

熊本市保健所長 様

次のとおり給食施設を変更（廃止）しましたのでお届けします。

平成 年 月 日

〒

届出者 住 所

TEL

フリガナ

氏 名

印

生年月日

年

月

日

（法人にあっては、法人の名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名）

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 1 氏名（法人の場合は代表者名）を自署する場合、押印は不要です。

2 構造設備の変更にかかわ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。