

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。

令和 ○年 ○月 ○日

〒 862-0971
届出者 住所 熊本市中央区大江5丁目1-1
TEL 096-123-4567
フリガナ 医療法人 ^{キュウシユウカイ}九州会
氏名 理事長 ^{クマモト タロウ}熊本 太郎
生年月日 昭和35年 4月 2日

代表者の職印を押印ください

理九医
之事州療
印長会法
人

(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	白川校区 熊本市 中央区大江5丁目1-1 TEL 096 (123)4567
給食施設の名称	ウェルパル病院
変更事項	※廃止の理由をご記入ください。 例) ・閉院のため ・経営法人が医療法人九州会から医療法人熊本会へ 変更になったため。
変更 (廃止)年月日	令和元年12月1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。