

特定給食施設変更届

代表者の職印を押印ください

令和〇 年〇 月〇 日

熊本市保健所長(宛)

〇×病院

施設の名称 医療法人△△会

設置者氏名 理事長 熊本太郎

住所 熊本市中央区大江5丁目1-1

(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。

△ 医療法人
△ 会
△ 理事長之印

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。

※変更した項目についてご記入ください

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	熊本 太郎				熊本 花子			
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。