

様式第3号

給食施設 ~~変更~~ (廃止) 届

令和 〇年 〇月 〇日

熊本市保健所長 (宛)

〒862-0971

届出者 住 所 熊本市中央区手取本町1-1

T E L 096-000-1234

フリガナ サカクサカカイ

クモトタロウ

氏 名 医療法人 △△会

理事長 熊本太郎

生年月日 昭和〇年 〇月 〇日生

(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	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	〇×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△△会から医療法人××会へ変更になつたため。
<del>変更</del> (廃止) 年月日	令和元年 12 月 1 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。