|  |
| --- |
|  様式第３号（第３条関係） |
| 　　　　　　　　　　　　特定給食施設変更届　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日熊本市保健所長（宛）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設の名称施設の所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　設置者　　　　氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （法人にあっては、主たる事業所の所在地）　　　　　　　　　　　　　　　　　　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。記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　目 | 変　更　前 | 変　更　後 |
| 　1　施設の名称 |  |  |
| 　2　施設の所在地 |  |  |
| 　3　設置者の　　 氏名及び住所 | 氏名住所 | 氏名住所 |
| 　4　給食数（定員） | 朝 | 昼 | 夕 | 合計 | 朝 | 昼 | 夕 | 合計 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　5　管理栄養士及び　 　栄養士の員数 | 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。 |