|  |
| --- |
| 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。 |