

特定給食施設変更届

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

熊本市保健所長(宛)

施設の名称 ○×病院
施設の所在地 熊本市中央区大江5丁目1-1
設置者 氏名 医療法人△△会
理事長 熊本太郎
(法人にあっては、名称及び代表者の氏名)
住所 熊本市中央区大江5丁目1-1
(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	熊本 花子			氏名	熊本 太郎		
	住所	熊本市中央区 手取本町1-1			住所	熊本市中央区 大江5丁目1-1		
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	1 人			管理栄養士	2 人		
	栄養士	1 人			栄養士	0 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。