|  |
| --- |
|  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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　設置者　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては、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）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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　　　　※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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |  |
| ４．給食数（定員） | 嗚朝 | 日昼 | 夕夕 | っ合計 | 嗚朝 | 昼昼 | 夕夕 | 合合計 |
| 人 |  |  |  | 人 |  |  |  |
| ５．管理栄養士及び栄養士員数 | 課管理栄養士 | 忍　　　　人 | 課管理栄養士 | 二　　　人 |
| 栄栄養士 | 忍　　　　人 | 栄栄養士 | 忍　　　人 |

 |