|  |
| --- |
| 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 | | |