

## 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

(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

住所

(法人にあつては、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。