

受理します。					課長	係長	係
令和 年 月 日							
施設コード				入力			

※上の欄には記入しないで下さい。

様式2

特定給食施設変更届

令和 年 月 日

尼崎市保健所長 様

〒 -

設置者 住所

氏名

電話番号 () -

〔法人の場合は、その名称、主たる事務所の所在地及び電話番号並びに代表者の氏名〕

特定給食施設に係る届出事項を変更したので、健康増進法第20条第2項の規定により、次のとおり届け出ます。

給食施設の名称	(フリガナ)	給食施設の所在地	尼崎市
---------	--------	----------	-----

変更事項	変更前	変更後
設置者の住所		
設置者の氏名		
設置者の電話番号		
給食施設の名称	(フリガナ)	(フリガナ)
給食施設の所在地		
給食施設の電話番号		
給食施設の種類		
一日の予定給食数及び各食ごとの予定給食数		
管理栄養士の員数		
栄養士の員数		