

様式第2号

特定給食施設届出事項変更届

年 月 日

明石市長 様

設置者 住 所 〒 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

(法人の場合は、主たる事務所の名称、所在地及び電話番号並びに代表者の氏名)

健康増進法第20条第2項の規定により、次のとおり特定給食施設に係る届出事項の変更の届出をします。

給食施設の名称	フリガナ
給食施設の所在地	〒 _____ 電話番号 ( _____ ) _____
変更年月日	年 月 日
変更項目	該当する項目に☑ <input type="checkbox"/> 給食設置者の氏名及び所在地等 <input type="checkbox"/> 給食施設の名称 <input type="checkbox"/> 給食施設の所在地等 <input type="checkbox"/> 給食施設の種類 <input type="checkbox"/> 1日(各食)の給食数 <input type="checkbox"/> 入所定員・許可病床数 <input type="checkbox"/> 管理栄養士の員数 <input type="checkbox"/> 栄養士の員数
変更内容	変更前
	変更後※

※ 変更内容及び変更理由が分かるように記載すること。