

特定給食施設変更届

年 月 日

宇都宮市保健所長 様

設置者
住 所 〒
氏 名

（法人にあつては、名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名）

次のとおり届出事項を変更したので、健康増進法第20条第2項の規定により届け出ます。

給食施設の名称		
変更年月日	年 月 日	
変更事項	変更前	変更後
<input type="checkbox"/> 給食施設の名称 <input type="checkbox"/> 給食施設の所在地 <input type="checkbox"/> 設置者の氏名（名称） <input type="checkbox"/> 設置者の住所 <input type="checkbox"/> 給食施設の種類 <input type="checkbox"/> 一日の予定給食数及び各食ごとの予定給食数 <input type="checkbox"/> 管理栄養士の員数 <input type="checkbox"/> 栄養士の員数		
変更の理由		