

第2号様式

特定給食施設変更届

年 月 日

船橋市保健所長 あて

住 所

設置者 氏 名

{ 法人にあつては、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 }

電話番号

次のとおり特定給食施設の届出事項に変更が生じたので、健康増進法第20条第2項前段の規定により届け出ます。

変更事項	変 更 前	変 更 後
1 給食施設の名称		
2 給食施設の所在地		
3 設置者の氏名		
4 設置者の住所		
5 給食施設の種類		
6 1日の予定給食数及び 各食ごとの予定給食数		
7 管理栄養士の員数		
8 栄養士員数		

注 変更事項の欄に記載されている届出事項のうち該当する番号を○で囲んで下さい。