

特定給食施設変更届

令和 年 月 日

（宛先）奈良市保健所長

郵便番号
設置者 住所
氏名
電話番号
（法人の場合は主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名並びに電話番号）

次のとおり特定給食施設の届出事項を変更しましたので、健康増進法第20条第2項及び奈良市健康増進法施行細則第2条第2項の規定により届け出ます。

（ふりがな） 施設の名称		
施設の所在地		
変更年月日	令和 年 月 日	
変更事項	変更前	変更後
変更するものに○をつけてください。 設置者の住所 設置者の氏名 給食施設の名称 給食施設の所在地 給食施設の種類 1日の予定給食数及び各食の予定食数 許可病床数・入所定員 管理栄養士の員数 栄養士の員数		

添付書類

- （1）変更の事実を証する書面
- （2）施設の構造の変更の場合は、変更後の平面図

以下は記入しないでください

所長	副所長	課長	補佐	係長	係員
決裁 起案	令和 令和	年 年	月 月	日 日	本件、上記のとおり届出がありましたので受理してよろしいか 印