第２号様式（第２条関係）

特定給食施設変更届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　年　　月　　日

（宛先）奈良市保健所長

郵便番号

設置者 住　所

 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 | 　　　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 |  |  |