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 |  |  |