

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
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 2 0 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		