

年度

管理栄養士配置指定 No.

給食施設 No.

特定給食施設変更届

神戸市保健所長 あて

提出する日付(変更日付以降)

年 月 日

施設の名称	
施設の所在地	〒 TEL () -
施設の設置者の氏名 (法人の場合は、その名称及び代表者の氏名)	(名称) (名称) 法人等の名称 (役職) (氏名) (氏名) 当該施設を設置している者または法人の代表者氏名
施設の設置者の住所 (施設の所在地と同じ場合省略可) (法人の場合は、主たる事務所の所在地)	〒 - TEL () -

- ・ 変更後の内容を記載
- ・ 変更がない項目は前回登録された内容で記載
- ・ 施設所在地の TEL は連絡先として登録されます

健康増進法第20条第1項に基づき、次のとおり届け出ます。

変更する項目の番号に○をつけ、必要事項(1~4は、右欄に変更前の内容)を記入してください。

1. 施設の名称	(変更前)	
2. 所在地	(変更前)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1~8は変更項目の番号に○を付け、変更項目のみ記載 ・ 変更ない項目は空欄 ・ 法人の母体が変わった場合は、「廃止届」「開始届」となります
3. 設置者氏名	(変更前)	
4. 設置者住所	(変更前)	
5. 施設の種類	変更前 変更後	
6. 予定給食数	朝食 () 食 昼食 () 食 夕食 () 食	その他 () 食 朝食 () 食 昼食 () 食 夕食 () 食 合計 () 食
7. 管理栄養士の員数	デイサービス・職員食等は含まない。ショートステイは含む。	
8. 栄養士の員数	人	人
1~8の変更年月日	届出事項を変更した日を記載 月 日	
本届の記入者	所属 氏名	連絡先 (TEL)