

特定給食施設変更届

年 月 日

石川県知事 様

給食施設設置者

住 所

氏 名

電 話

〔法人にあつては、主たる事務所の
所在地、名称及び代表者の氏名〕

下記のとおり健康増進法第20条第2項の規定により届け出ます。

変 更 内 容	変 更 前	変 更 後
特定給食施設の名称		
特定給食施設の所在地		
設置者の住所及び氏名 〔法人にあつては、主たる 事務所の所在地、名称及 び代表者の氏名〕		
給食施設の種類	1 学校 2 病院 3 介護老人保健施設 4 老人福祉施設 5 児童福祉施設 6 社会福祉施設 7 矯正施設 8 寄宿舍 9 事業所 10 一般給食施設 11 その他()	
	上記番号を記入 〔)	上記番号を記入 〔)
1日の予定給食数及び各食ごとの予定給食数	食 〔 朝食 食食 昼食 食食 夕食 食食 その他 食食 〕	食 〔 朝食 食食 昼食 食食 夕食 食食 その他 食食 〕
管理栄養士の員数		
栄養士の員数		
変更した日	年 月 日	

注1 用紙の大きさは、日本工業規格Aとする。

2 変更した項目のみ記入すること。