

## 特定給食施設届出事項変更届

年 月 日

兵庫県 \_\_\_\_\_ 県民局長 様

設置者住所

---

(ふりがな)  
設置者名

---

電話番号

---

\*法人にあつては、主たる事務所の名称、所在地及び電話番号並びに代表者の氏名

健康増進法第 20 条第 2 項の規定により、次のとおり特定給食施設に係る届出事項の変更の届出をします。

給食施設の名称	ふりがな
給食施設の所在地	
変更年月日	年 月 日
変更項目	<input type="checkbox"/> 給食施設の名称 <input type="checkbox"/> 給食施設の所在地 <input type="checkbox"/> 給食設置者の氏名及び所在地 <input type="checkbox"/> 給食施設の種類 <input type="checkbox"/> 1 日 (各食) の給食数 <input type="checkbox"/> 入所定員・許可病床数 <input type="checkbox"/> 管理栄養士の員数 <input type="checkbox"/> 栄養士の員数
変更内容	変更前
	変更後(※)

※変更内容及び変更理由が分かるように記載すること

上記施設の電話番号：

〃 メールアドレス：