

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

施設の種類		
施設の名称		<ul style="list-style-type: none"> ・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
施設の所在地	〒	
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) (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 ()	—
		(名称) (氏名) (役職)
		〒 —
	TEL ()	—

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 ・法人の母体に変更となった場合は、「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)			
		変更前	変更後	
5. 施設の種類		その他は朝、昼、夕食以外の時間帯に1食分の食事が提供される場合 例：夜食 おやつは含まない		
6. 予定給食数	朝食 () 食	その他 () 食	朝食 () 食	その他 () 食
	昼食 () 食		昼食 () 食	
	夕食 () 食	合計 () 食	夕食 () 食	合計 () 食
			合計数も記入	
7. 管理栄養士の員数		デイサービス等は含まない。ショートステイは含む。		人
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)	