

施設番号	
食数区分	
オンライン申請	有 ・ 無

特定給食施設等変更届

年 月 日

(あて先) 浜松市保健所長

(郵便番号)

住 所

〔法人にあっては
主たる事務所の所在地〕

(ふりがな)

氏 名

〔法人にあっては
名称及び代表者氏名〕

電話番号

届出事項を変更したので、〔健康増進法第20条第2項
浜松市特定給食施設等指導実施要領第3条第4項〕の規定により、次のとおり

届け出ます。

記

ふりがな	
給食施設の名称	
給食施設の所在地	(郵便番号:) (電話番号:)
給食施設の種類	
変更事項	
変更前	
変更後	
変更年月日	年 月 日

担当者 (所属)

(氏名)

(電話番号)