第２号様式(第３条関係)

**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

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

届出事項を変更したので、　　　　　　　　　　　　　　　　　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)