

第2号様式（第2条関係）

給食施設変更届出書

		年	月	日
(宛先) 茅ヶ崎市保健所長				
住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)				
届出者 氏名 (法人にあっては、名称及び代表者氏名)				
電話番号				
給食施設に関し届け出た事項に変更が生じたので、次のとおり届け出ます。				
給食施設の区分		☐ 特定給食施設 ☐ 小規模特定給食施設		
給食施設の名称				
給食施設の所在地				
給食施設の電話番号				
変更年月日		年 月 日		
変更事項				
変更内容	変更前			
	変更後			

備考 ☐のある欄は、該当する☐にレ印を記入してください。