

給食規模変更届出書

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						
給食施設における予定給食数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				
変更内容	変更前					
	変更後					
変更後の 1日当たり 予定給食数	食事区分	朝食	昼食	夕食	その他	合計
	主食及び副食	< >	< >	< >	< >	< >
	副食のみ	< >	< >	< >	< >	< >
	その他 ()	< >	< >	< >	< >	< >
	合計	< >	< >	< >	< >	< >

備考 1 ☐のある欄は、該当する☐にレ印を記入してください。
2 「変更後の1日当たり予定給食数」の欄の< >内は、給食施設が学校、病院又は福祉施設である場合に、職員に対する給食の数を記入してください。