

別記様式第3号（規格A4）（第3条関係）

特定給食施設変更届

年 月 日

群馬県知事 あて

届出者
住 所
氏 名
(電 話)
印
(法人にあつては、給食施設の設置者の名称、
主たる事務所の所在地及び代表者の氏名)

給食を変更しますので、健康増進法第20条第2項の規定により、次のとおり届け出ます。

- 1 給食施設の名称（現在届出されている施設名）
- 2 変更日 年 月 日
- 3 変更事項 給食施設の名称 給食施設の所在地 設置者の氏名
設置者の住所 給食施設の種類 給食の開始日又は開始予定日
1日の予定給食数及び各食ごとの予定給食数 管理栄養士及び栄養士
- 4 変更後内容

施設の種類					
<input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 児童福祉施設 <input type="checkbox"/> 社会福祉施設 <input type="checkbox"/> 矯正施設 <input type="checkbox"/> 寄宿舍 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 一般給食センター <input type="checkbox"/> その他（ ）					
給食の開始日 又は開始予定日					
年 月 日					
1日の予定給食数及び 各食ごとの予定給食数		朝 食 食	昼 食 食	夕 食 食	合 計 食（定数 ）
管理栄養士 及び栄養士の状況		常 勤 者 氏 名 （登録番号・交付県名及び免許番号）		非 常 勤 者 氏 名 （登録番号・交付県名及び免許番号）	
管理 栄養 士	施設側				
	委託側				
栄 養 士	施設側				
	委託側				

注1 3 変更事項については、変更される項目すべてに△をつけること。
 2 4 変更後内容については、変更の有無にかかわらず、すべて記入すること。
 3 管理栄養士及び栄養士については、変更後に所属するすべての者の状況を記入すること。欄内に書ききれない場合は、名簿を添付すること。