

(様式 20)

所長	副所長	課長	係長	係		受付
						第 号

特定給食施設変更届

年 月 日

西宮市保健所長 様

設置者

住所 (法人の場合は主たる事務所の所在地)

〒

氏名 (法人の場合は名称及び代表者氏名)

電話番号

() -

健康増進法第20条第2項の規定により次のとおり変更を届け出ます。

施設の名称	
施設の所在地	〒
変更年月日	年 月 日

変更内容

変更事項	変更前	変更後
備考		