

給食施設変更届

令和●●年●●月●●日

佐世保市保健所長 様

提出日を記入

押印は不要

※1 設置者氏名の変更の場合

変更年月日**以前**に提出の際は
「**変更前**の設置者氏名」、
変更年月日**以降**に提出の際は
「**変更後**の設置者氏名」を記入。

設置者住所
〒●●●●-●●●●
●●●●市●●町●●-●●
社会福祉法人 ◆◆会
設置者氏名 理事長 ■■ 次郎

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

下記のとおり、給食施設に係る届出事項を変更したので、【健康増進法第20条第2項・佐世保市健康増進法施行細則第8条】の規定により届け出ます。

記

変更年月日		令和●●年●●月●●日			
項目		変更前 (全ての項目に記入)		変更後 (該当する項目に記入)	
1	給食施設の名称	幼保連携型認定こども園 ●●保育園			
2	給食施設の所在地 及び電話番号	〒●●●●-●●●● 佐世保市●●町●●-●● Tel.0956-●●-●●●●		設置者氏名の変更の場合は要 注意！（※1参照）	
3	設置者の住所、 電話番号及び氏名	〒●●●●-●●●● ●●●●市●●町●●-●● Tel.0956-●●-●●●● 社会福祉法人◆◆会 理事長 ●● 太郎		理事長 ■■ 次郎	
4	給食施設の種類	児童福祉施設			
5	1日および各食の予定給食数				
		定員	提供回数	定員	提供回数
	入所者・患者・園児等	100人	1回	120人	1回
	配食	(配食計) 50食		(配食計) 70食	
	デイ・サービス	人	回	人	回
	職員食	(職員食計) 20食		(職員食計) 20食	
	その他	人	回	人	回
	定員(人)計	100人		120人	
6	管理栄養士の有無及び員数	○(1)人 ・ 無		○(2)人 ・ 無	
	栄養士の有無及び員数	○(1)人 ・ 無		有()人 ・ 無	