様式第２号

その他の給食施設届出事項変更届

年　　　月　　　日

水戸市保健所長 　様

住 所

届出者　氏 名

法人にあっては，主たる事務所の

所在地並びに名称及び代表者の氏名

その他の給食施設について，次のとおり変更したので届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| その他の給食施設の名称 |  |
| その他の給食施設の所在地 |  |
| 変 更 事 項 |  |
| 変 更 前 |  |
| 変 更 後 |  |
| 変 更 年 月 日 |  |

備考　変更の日から１月以内に届け出てください。