|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| その他の給食施設届出事項変更届出書  年　　月　　日  　寝屋川市保健所長　様  届出者　住所  　　　　（ふりがな）  氏名  電話番号 | | | | | |
|  | | | | 法人にあっては、主たる事務所の名称、  所在地及び電話番号並びに代表者の氏名 | |
| 次のとおり、その他の給食施設に係る届出事項の変更の届出を  します。 | | | | | |
|  | 給食施設の名称 | | ふりがな | |  |
|  | |
| 給食施設の所在地 | |  | |
| 変更年月日 | |  | |
| 変更項目 | |  | |
| 変更内容 | 変更前 |  | |
| 変更後 |  | |
|  | | | | | |