|  |
| --- |
| 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 | 　 |
| 　 |