

患者給食受託責任者 異動報告

会社名 _____

担当者名 _____

※FAX送付状は不要です

T E L _____

	認定番号	氏名 *認定書確認	ふりがな	生年月日 (元号入力) 元号 (例:平成〇〇年〇月〇日)
1				年 月 日
2				年 月 日
3				年 月 日
4				年 月 日
5				年 月 日
6				年 月 日
7				年 月 日
8				年 月 日
9				年 月 日
10				年 月 日

注1. 【氏名】協会に氏名変更を届けていない場合は、旧姓で入力してください。

注2. 会社名登録後、速やかに氏名変更の手続きを行ってください（認定書再発行願の提出）。

(公社) 日本メディカル給食協会 宛

FAX 03-5298-4162