

患者給食受託責任者 異動報告

会社名 _____

担当者名 _____

T E L _____

受託責任者名簿に掲載がない場合に協会へ
お送りください（会社名を登録します）

	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）。

※ この様式は通年でご利用ください。