様式第５号（第３条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　福井県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　報告者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人にあっては、その名称、主たる

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事務所の所在地および代表者の氏名

管理栄養士設置報告書

　下記のとおり、管理栄養士を設置（変更）しましたので、健康増進法施行細則第３条第２項の規定により報告します。

　給食施設の名称

　給食施設の所在地

　指定番号　　　　　　　　　　　　　　　指定年月日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 管理栄養士名 | 設置（変更）年月日 | 管理栄養士名簿登録番号 | 管理栄養士名簿登録年月日 |
|  |  |  |  |

注　１　報告者が自署する場合には、押印は不要である。

　　２　管理栄養士免許証の写しを添付すること。