**施　設　認　定　資　格　変　更　申　請　書食品衛生責任者変更届**

年 　　月 　　日

一般社団法人日本遺伝性乳癌卵巣癌総合診療制度機構

理事長　殿

施設名

公印

施設長　職名・氏名

施設認定番号　　　　　－　　法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名

下記のとおり、当施設の認定資格の変更を申請いたします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 変更内容 | ✓ |
| １） | 連携施設　→　基幹施設 |  |
| ２） | 協力施設　→　基幹施設 |  |
| ３） | 協力施設　→　連携施設 |  |
| ４） | 基幹施設　→　連携施設 |  |
| ５） | 基幹施設　→　協力施設 |  |
| ６） | 連携施設　→　協力施設 |  |

＊1）～３）に該当する場合は、施設認定に必要な要件を満たすことが必要となります。

　各施設（基幹あるいは連携）の認定条件を確認の上、認定審査に必要な書類一式を添付し

申請を行って下さい。

以上