

特定給食施設等開始届

年 月 日

保 健 所 長 殿

給食施設設置者

住所

氏名

電話

FAX

(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)

給食を開始しますので、健康増進法第 20 条第 1 項および奈良県特定給食施設等指導実施要領の規定により、次の通り届け出ます。

(ふりがな) 給食施設の名称					
給食施設の所在地					
給食開始年月日	年	月	日		
給食施設の種類	学校・病院・介護老人保健施設・介護医療院・老人福祉施設・児童福祉施設 社会福祉施設・矯正施設・寄宿舍・事業所・一般給食センター その他 ()				
一日の予定給食数	朝 食	昼 食	夕 食	その他	計
許可病床数・入所定員 <small>※病院・介護老人保健施設・介護医療院の場合に記入</small>					
管理栄養士の員数			栄養士の員数		

- (注) 1 給食施設の種類および運営方法は該当するものを○で囲むこと
 2 管理栄養士・栄養士の人数は、当該給食施設に勤務する人数(委託及び施設)を記入すること
 但し、常勤職員に限る(パートタイム職員は含まない)こと
 (※「常勤」とは、当該施設において他の正規職員と同様な勤務形態にある場合をいいます)
 3 上記のうち、給食施設の名称、所在地、施設の種類、1 日の予定給食数、管理栄養士・栄養士の員数および給食施設設置者の住所、氏名等に変更があった場合には、特定給食等変更届(別紙様式 2)を提出すること

<問い合わせをする場合がありますので、下欄にご記入をお願いします。>

給食管理担当部署名			
連絡先	TEL :	FAX :	
給食管理者	職 :	氏名 :	