

特定給食施設開始届

年 月 日

(宛先) 川崎市保健所長

住所

氏名

[法人にあっては、主たる事務所の
所在地、名称及び代表者の氏名]

電話番号

次のとおり給食を開始します(開始した)ので、健康増進法第20条第1項の規定により届け出ます。

施設の名称							
所在地		電話番号					
給食開始(予定)日		年	月	日	給食対象者数	人	
施設の種類		<input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 児童福祉施設 <input type="checkbox"/> 社会福祉施設 <input type="checkbox"/> 老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 寄宿舍 <input type="checkbox"/> その他()					
給食運営方式		<input type="checkbox"/> 直営 <input type="checkbox"/> 委託	委託の場合は、委託先		(名称 所在地 代表者氏名)		
給食管理担当部課(科)名		電話番号					
予定給食数		朝食	昼食	夕食	夜食	その他()	計
	主・副食とも	食()	食()	食()	食()	食()	食()
	副食のみ	()	()	()	()	()	()
	その他()	()	()	()	()	()	()
	計	()	()	()	()	()	()
従事者		常勤者数・代表者氏名			非常勤者数・代表者氏名		
管理栄養士	施設側	人			人		
	受託側	人			人		
栄養士	施設側	人			人		
	受託側	人			人		
調理師		人	調理師以外の調理従事者		人	給食従事者	
						人	

備考 1 □のある欄には、該当する□内にレ印を記載してください。

2 予定給食数は、給食見込総数を記入してください。学校・福祉施設・病院にあっては、職員の給食見込数を併せて()内に記入してください。