

特定（小規模）給食施設開始届

年 月 日

（宛先）川崎市保健所長

住所

氏名

〔 法人にあつては、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。
川崎市健康増進法施行細則第8条第1項

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"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 児童福祉施設 <input type="checkbox"/> 社会福祉施設 <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	()	()	()	()	()	()	
従業者	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、病院、介護老人保健施設、介護医療院及び福祉施設にあつては、職員の給食見込数を併せて（ ）内に記入してください。