

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。