**特 定 給 食 施 設 事 業 開 始（ 再 開 ）届**

　　　 　　年　　　月　　　日

　　　保 健 所 長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　設置者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　設置者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※法人にあっては、給食施設の設置者の名称、

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　主たる事務所の所在地及び代表者の氏名

下記の給食施設について、給食を開始（再開）しましたので、健康増進法第20条第１項の規定（健康増進法施行細則第４条第１項の規定）により届けます。

記

給食施設の名称：

住　　所：

電話番号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 給食開始(再開)日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | |
| 施設の種類  ※該当するところに  ☑を入れて下さい | | □学校　　　　　　□病院　　　　　　□介護老人保健施設　　□老人福祉施設  □児童福祉施設　　□社会福祉施設　　□事業所　　　　　　　□寄宿舎・寮  □矯正施設　　　　□自衛隊　　　　　□一般給食センター  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 給食運営方式 | | 直営・委託 | | （委託先名称） | | | | | | |
| 給食担当者氏名  （職種） | |  | | | | | | | | |
| 給食従事職員数 | 区　分 | 設置者（委託）側 | | | | | 受託者側 | | | |
| 管理栄養士 |  | | | | |  | | | |
| 栄養士 |  | | | | |  | | | |
| 調理師 |  | | | | |  | | | |
| 調理員 |  | | | | |  | | | |
| その他 |  | | | | |  | | | |
| 定員及び予定給食数 | 対　象 | | 定員 | | 朝 | 昼 | | 夕 | その他 | 計 |
| 入所・患者・児童・生徒等 | |  | |  |  | |  |  |  |
| デイサービス | |  | |  |  | |  |  |  |
| 配　食 | |  | |  |  | |  |  |  |
| 合　計 | |  | |  |  | |  |  |  |
| 職員食 | |  | |  |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  | |  |  |  |

備考　給食施設（厨房）の平面図を添付すること。　　　　　　　　　 　　　　　　　（日本産業規格Ａ４判）