

特 定 給 食 施 設 開 始 届

年 月 日

(提出先)

川越市保健所長

設置者の住所

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 〕

特定給食施設において事業を開始したので、健康増進法第20条第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

施設 の 名 称								
施設 の 所 在 地		〒				電話番号	FAX 番号	
		メールアドレス						
施設 の 種 類	種 別	1 学校	2 病院	3 介護老人保健施設	4 介護医療院	5 老人福祉施設	6 児童福祉施設	
		7 社会福祉施設	8 矯正施設	9 寄宿舍	10 事業所	11 一般給食センター	12 その他()	
		許可病床数・入所定員数						
		運 営 形 態		1 直営	2 委託	3 その他()		
献 立 形 式		1 単一献立	2 複数献立	3 カフェテリア				
給食開始(予定)日		年 月 日						
1日の予定 給食数及び 各食ごとの 予定給食数 (うち職員食)	区 分	朝	昼	夕			計	
	1 日 平 均	食 (食)	食 (食)	食 (食)	食 (食)	食 (食)	食 (食)	
管理栄養士 及び栄養士 の員数 並びに 給食従事 職員数	区 分	設置者		委託先		計		
		常 勤	非 常 勤	常 勤	非 常 勤	常 勤	非 常 勤	
	管 理 栄 養 士							
	栄 養 士							
	調 理 師							
	その他調理従事者							
	事 務 職 員							
	そ の 他							
計								
委 託 先	名 称							
	所 在 地	〒						
	代表者の氏名							
	委託内容	1 献立作成	2 材料購入	3 調理	4 配膳・下膳	5 食器洗浄	6 施設外調理	7 栄養指導
施設管理者	職 名		職 種		氏 名			
栄養部門の責任者	職 名		職 種		氏 名			

(注) 施設の種類の種別、運営形態及び献立形式の欄並びにその他の委託内容の欄は、該当する項目を○で囲んでください。

添付書類 管理栄養士・栄養士名簿 (別紙)