

学校用

給食施設栄養管理状況報告書

(提出先)
川越市保健所長

年 月 日 提出

施設管理者
職 ・ 氏名

栄養管理状況について、次のとおり報告します。

施設 の 名 称									
施設 の 所 在 地		〒							
		電話番号:			E-mail:				
栄 養 部 門 の 責 任 者		(所属名)							
		(職名)		(職種)		(氏名)			
報 告 書 作 成 者		(所属名)							
		(職名)		(職種)		(氏名)			
栄 養 管 理 部 門 の 理 念 ・ 方 針 ・ 目 標									
定 員 数		在籍児童及び生徒・学生 人 / 職員 人							
管理栄養士必置施設指定		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
運 営 形 態		<input type="checkbox"/> 直営 <input type="checkbox"/> 委託 (全面委託・部分委託) <input type="checkbox"/> その他 ()							
委 託 先	名 称								
	所 在 地	〒							
		電話番号							
	代表者の氏名								
委 託 内 容		<input type="checkbox"/> 献立作成 <input type="checkbox"/> 材料購入 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 配膳 <input type="checkbox"/> 下膳 <input type="checkbox"/> 食器洗浄 <input type="checkbox"/> 施設外調理 <input type="checkbox"/> 栄養教育 <input type="checkbox"/> その他 ()							
給食従事職員数	区 分		管理栄養士	栄養士	調理師	調理員	事務職員	その他	計
	設 置 者 (施設側)	常 勤							
		非 常 勤							
	委 託 先	常 勤							
		非 常 勤							
計									
栄 養 管 理 等 に つ い て 検 討 す る 会 議 *		実 施	<input type="checkbox"/> 有 (年 回) <input type="checkbox"/> 無						
		構成職種	<input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 給食担当責任者 <input type="checkbox"/> 管理栄養士・栄養士 <input type="checkbox"/> 調理師・調理員 <input type="checkbox"/> 給食利用者 <input type="checkbox"/> 健康管理担当者 <input type="checkbox"/> 事務職員 <input type="checkbox"/> その他 ()						
1 日 平 均 給 食 数 (6 月 実 施 分)		区 分	朝	昼	夕	()	()	計	
		合 計							

*前年度の実績について記入してください。

