

様式第1号

特定給食施設開始届

年 月 日

明石市長 様

設置者 住 所 〒 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

(法人の場合は、主たる事務所の名称、所在地及び電話番号並びに代表者の氏名)

健康増進法第20条第1項の規定により、次のとおり特定給食施設に係る事業の開始の届出をします。

給食施設の名称	フリガナ					
給食施設の所在地	〒 _____ 電話番号 ( _____ ) _____					
給食施設の種類	該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> <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"/> 矯正施設 <input type="checkbox"/> 一般給食センター <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )					
給食開始年月日 又は開始予定日	年 月 日		該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> ( <input type="checkbox"/> 開始日 <input type="checkbox"/> 開始予定日)			
入所定員 許可病床数						
一日の予定給食数	朝食	昼食	夕食	その他	一日合計	
	食	食	食	食	食	
管理栄養士の員数	人				人	
	内訳	常勤(専任)	人	栄養士の員数	常勤(専任)	人
		常勤(併任)	人		常勤(併任)	人
		非常勤	人		非常勤	人