様式第３号（第４条関係）

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 法人にあっ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　寄宿舎　　　　　　　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 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 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　８　その他（　） |
| 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）