

特定給食施設事業開始(再開)届

年 月 日

豊橋市保健所長 様

設置者

郵便番号

住所

氏名

(法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者氏名)

電話番号

下記のとおり 健康増進法第20条第1項
豊橋市健康増進法施行細則第2条及び第4条 の規定により届け出ます。

記

開始・再開の別 (□にチェック)		<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 再開		開始日・再開日		年 月 日	
給食施設	名称						
	所在地	豊橋市					
	管理者	部署	職名	氏名			
	担当者	部署	氏名	電話番号			
給食施設の種類 (□にチェック)		<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"/> 矯正施設 <input type="checkbox"/> 寄宿舍 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 一般給食センター <input type="checkbox"/> その他 ()					
運営形態(□にチェック)		委託先名称					
<input type="checkbox"/> 直営		委託先住所					
<input type="checkbox"/> 全部委託		委託先担当者	氏名	電話番号			
<input type="checkbox"/> 一部委託		一部委託の内容	<input type="checkbox"/> 献立作成 <input type="checkbox"/> 材料購入 <input type="checkbox"/> 食材洗浄 <input type="checkbox"/> 調理業務 (□施設内・□施設外) <input type="checkbox"/> 配膳 <input type="checkbox"/> 下膳 <input type="checkbox"/> 食器洗浄 <input type="checkbox"/> その他 ()				
給食対象者		定員数 人					
1日の予定給食数		朝食	昼食	夕食	その他	合計	
		食	食	食	食	食	
給食の形態(□にチェック)		<input type="checkbox"/> 単一定食 <input type="checkbox"/> 複数定食 <input type="checkbox"/> カフェテリア <input type="checkbox"/> その他 ()					
区分		常勤者氏名 (登録番号・免許番号)			非常勤者氏名 (登録番号・免許番号)		
管理栄養士	施設側						
	委託側						
栄養士	施設側						
	委託側						
区分		管理栄養士	栄養士	調理師	調理員	給食事務員	計
常勤		人	人	人	人	人	人
非常勤		人	人	人	人	人	人
〔添付書類〕 給食施設の平面図							

- 備考 1 管理栄養士及び栄養士の欄内に氏名等を書ききれない場合は、名簿を添付してください。
 2 管理栄養士等の人数欄には、給食業務のみに従事する者の人数を記入してください。同欄の常勤とは週4日以上及び1日6時間以上従事している者をいい、非常勤とはその他の者をいいます。