

受理します。				課長	係長	係
令和 年 月 日						
施設コード			入力			

※上の欄には記入しないで下さい。

様式1

<b>特定給食施設開始届</b>						令和	年	月	日		
尼崎市保健所長 様											
〒						-					
設置者			住所								
						氏名					
						電話番号 ( ) -					
〔法人の場合は、その名称、主たる事務所の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、次のとおり届け出ます。											
給食施設の名称		(フリガナ)									
		-----									
給食施設の所在地		〒									
		-									
		尼崎市									
		電話番号 ( ) -									
給食施設の種類		<input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <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 ( )									
給食の開始日 又は開始予定日		年 月 日									
一日の予定給食数 及び各食ごとの 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				栄養士の員数		人			
内 訳	常 勤(専任)		人		常 勤(専任)		人				
	常 勤(併任) (主たる勤務場所とする者)		人		常 勤(併任) (主たる勤務場所とする者)		人				
	常 勤(併任) (従たる勤務場所とする者)		人		常 勤(併任) (従たる勤務場所とする者)		人				
	非 常 勤		人		非 常 勤		人				