様式第３号（第４条関係）

特定給食施設開始届

（宛先）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　　月　　日

埼玉県　　　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。

施設の種類

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設の名称 | | | | |  | | | | | | | | |
| 施設の所在地 | | | | | 〒  住所  電話番号　　　　 ＦＡＸ番号  電子メール | | | | | | | | |
|  | 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 事業所　９ 寄宿舎　10 矯正施設  11 自衛隊　12 一般給食センター　13 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）〇 | | 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、栄養士の員数及び給食従事職員数〇 | | 区分 | | 設　置　者　側 | | | | | 受　託　者　側 | | | 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 | |  | |  | | |  |  | |  |  |
|  | 名称 | |  | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | 〒 　　　　 電話番号 | | | | | | | | | | |
| 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委託先の委託内容の

委託先

欄は、該当する項目を○で囲んでください。

　（添付書類）特定給食施設の平面図