様式第２号（第３条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 特定給食施設事業開始(再開)届  　　年　　月　　日  　広島県知事　様  設置者  住所　〒  氏名  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | 法人にあっては，給食施設の設置者の名称，  主たる事務所の所在地及び代表者の氏名 | | | | | | | | | |
| 特定給食施設の給食事業を開始(再開)しますので，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 |  | | | | | | | | | | | |  |
| 所在地 | 〒　　　　　　　　　　　　　(電話番号　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | |
| 管理者 | 役職名 |  | | | | | 氏名 |  | | | | |
| 給食開始・再開  年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 施設の種類  (該当する番号を○で囲んでください。) | 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(　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | |
| 運営方法  (該当する番号を○で囲んでください。) | 1　直営　　　　　2　委託  3　一部委託(委託内容　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | |
| 施設の定員数※ |  | | | | | | | | | | | |
| 給食対象者 |  | | | | | | | | | | | |
| 1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(　) | | 計 |
|  | |  | | |  | | | |  | |  |
| 厨房の有無及び  給食の配送状況  （該当する番号を○で囲んでください。） | 1　厨房あり | | | | | | | | 2　厨房なし | | | |
| 配送先あり（　　　　　　　）なし | | | | | | | | 配送元（　　　　　　　　　） | | | |
| 区分 | 設置者側 | | | | | | | | 受託者側 | | | |
| 常勤数 | | | | 非常勤数 | | | | 常勤数 | | 非常勤数 | |
| 管理栄養士 |  | | | |  | | | |  | |  | |
| 栄養士 |  | | | |  | | | |  | |  | |
| 調理師 |  | | | |  | | | |  | |  | |
| * 病院の場合は,許可病床数を,介護老人保健施設又は介護医療院の場合は，定員数を記入   してください。 | | | | | | | | | | | | | | |

注　1　不用の文字は消すこと。

　　2　用紙の大きさは，日本産業規格A列4とする。