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。