

様式第1号

その他の給食施設事業開始（再開）届

年 月 日

広島県知事様

設置者
住所〒
氏名
電話番号

〔法人にあつては、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〕

給食事業を開始（再開）しますので、次のとおり届け出ます。

| | | | | | |
|---|---|------|-----|------------------------------|---|
| 施設の種類 | 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 寄宿舍 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。