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

　　　　　　　　　　　　　　　　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

　給食事業を開始（再開）しますので，次のとおり届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 施設の名称 |  |
| 所在地 | 〒　　　　　　　　　　　　（電話番号　　　　　　　　） |
| 管理者 | 役職名 |  | 氏　名 |  |
| 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 ※ |  |
|  | 　　　　　 |
| 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。