

年 月 日

福祉目的事業に付随する食事提供行為の（開始・変更・廃止）届

保健所長 様

実施者 住 所

氏 名

(法人・団体等の場合は、その名称及び代表者の氏名)

電話番号

メールアドレス @

食事提供行為の概要等について次のとおり届出ます。

事業の目的	
食事提供行為の内容	<input type="checkbox"/> 高齢者向け会食/配食サービス <input type="checkbox"/> 認知症カフェ <input type="checkbox"/> 障害者向け食事支援 <input type="checkbox"/> 子ども食堂 <input type="checkbox"/> 生活困窮者への炊き出し <input type="checkbox"/> その他 ()
施設所在地 (実施場所)	電話 ()
施設の名称	
対象者	
1回あたりの 提供食数 (徴収金額)	約 食 <input type="checkbox"/> 無料 <input type="checkbox"/> 実費のみ
提供頻度	
調理従事者数	
衛生責任者	資格 ()
(開始・変更・廃止) 年 月 日	年 月 日

※変更の場合は変更箇所を記入してください。

保健所使用欄(この欄は記入しないでください。)