

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

〇〇保健所長様

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	子どもの生活・学習支援事業 〔※その他の例 高齢者の介護予防・日常生活支援事業 障害者の日常生活・社会生活支援事業 生活困窮者の自立支援活動 等〕
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 checked="" 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)	〇〇市〇〇町〇-〇-〇 △△公民館 電話（ 012-345-6789 ）
施設の名称	〇〇こども食堂
対象者	〇〇小学校区の子ども
1回あたりの 提供食数 (徴収金額)	約20食 <input type="checkbox"/> 無料 <input checked="" type="checkbox"/> 実費のみ
提供頻度	月1回(第2土曜日)
調理従事者数	3名
衛生責任者	広島 花子 資格(食品衛生責任者 令和7年4月1日受講)
(開始・変更・廃止) 年 月 日	令和7年10月1日

※変更の場合は変更箇所を記入してください。