

施設番号	
食数区分	
オンライン申請	有 ・ 無

特定給食施設等開始届

年 月 日

(あて先) 浜松市保健所長

(郵便番号)

住 所

[ 法人にあっては  
主たる事務所の所在地 ]

(ふりがな)

氏 名

[ 法人にあっては  
名称及び代表者氏名 ]

電話番号

特定給食施設等に係る事業を開始したので、健康増進法第20条第1項  
浜松市特定給食施設等指導実施要領第3条第4項の規定により、

次のとおり届け出ます。

記

ふ り が な							
給食施設の名称							
給食施設の所在地	(郵便番号: )						(電話番号: )
給食施設の種類	<input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 児童福祉施設 <input type="checkbox"/> 社会福祉施設 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 寄宿舍 <input type="checkbox"/> 自衛隊 <input type="checkbox"/> 矯正施設 <input type="checkbox"/> 一般給食センター <input type="checkbox"/> その他 ( )						
給食の開始日 又は開始予定日	年 月 日						
一日の予定給食数及び 各食の予定給食数	対象者	朝食	昼食	夕食	その他 [ ]	小計	合計
							食
管理栄養士及び 栄養士の員数	管理栄養士 人			栄養士 人			

届出担当者 (所属)

(氏名)

(電話番号)