第１号様式(第３条関係)

**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

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

特定給食施設等に係る事業を開始したので、　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | □学校　□病院　□介護老人保健施設　□介護医療院　□老人福祉施設  □児童福祉施設　□社会福祉施設　　　□事業所　　　□寄宿舎  □自衛隊　□矯正施設　□一般給食センター  □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)