第2号様式(第3条関係)

(表)

年　　月　　日

　　久留米市保健所長　宛て

施設　所在地

名称

電話番号

施設の設置者　　〒

住所

氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名 |  |

電話番号

給食施設開始(再開)届

　次のとおり給食を(開始・再開)したので、健康増進法第20条第1項又は久留米市健康増進法施行細則第10条第2項の規定により届け出ます。

　　1　管理者名(施設の長)

　　2　給食(開始・再開)日(予定日)　　　　　　　年　　　月　　　日

　　3　給食施設の種類　(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)矯正施設　　(9)寄宿舎　　(10)事業所

(11)一般給食センター　(12)その他

　　　　　　　　　　　　注　該当するものを○で囲むこと。

　　4　1日の予定給食数

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 給食数(予定数) | | | | 計 |
| 区分 |  |  |  |  |  |
| 朝 |  |  |  |  |  |
| 昼 |  |  |  |  |  |
| 夕 |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  |

　　　注　給食数については、児童、患者、入所者、通所者、宅配サービス、職員等の区分ごとに記入すること。

　　5　管理栄養士及び栄養士の員数

　　　　管理栄養士　　　　　人

　　　　栄養士　　　　　人

　　6　給食業務の一部を委託している場合の受託者

　　　　住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)

　　　　氏名(法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

　　7　給食施設の見取図(裏面に記載)

(裏)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 5ミリ方眼 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |