

第2号様式(第3条関係)

年 月 日

久留米市保健所長 宛て

設置者 〒

住 所

氏 名

〔法人にあつては、主たる事務所の
所在地、名称及び代表者の氏名〕

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項の規定により届け出ます。

1 給食施設の名称及び所在地

名称

所在地

電話番号

2 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)寄宿舍 (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。

3 給食(開始・再開)日(予定日) _____年 _____月 _____日

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