第１号様式　　　　　　　　　　　　小規模特定給食施設開始・再開届

 　　　　　　 年　　月　　日

 　　　　　保健所長　　様

 　　　　　給食施設設置者

 住　　所

 氏　　名

 電　　話

 　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

給食を開始・再開しますので、石川県特定給食施設等栄養管理指導実施要綱第３条の規定により、次の

とおり届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | 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－　12　その他（　　　　　） |
| 給食開始・再開年月日 | 年　　月　　日 |  定員 |  |  |  |
|  | 直営・委託（全部・一部（　　）） | 委託先名称代表者氏名連絡先電話 |  |
| 施設内給食管理担当部課 |  |
| 区　　　分 | 朝　　食 | 昼　　食 | 夕　　食 | その他（　） | 計 |
| 給食数 |  | （　） | （　） | （　） | （　） | （　） |
|  | （　） | （　） | （　） | （　） | （　） |
|  | （　） | （　） | （　） | （　） | （　） |
| 計 | （　） | （　） | （　） | （　） | （　） |
| 区　　　分 | 常　勤　者　氏　名 | 非　常　勤　者　氏　名 |
| 氏　　名 | 登録(免許)番号 | 交付都道府県名 | 氏　　名 | 登録(免許)番号 | 交付都道府県名 |
| 管　理栄養士 | 施設側 |  |  |  |  |  |  |
| 委託側 |  |  |  |  |  |  |
| 栄養士 | 施設側 |  |  |  |  |  |  |
| 委託側 |  |  |  |  |  |  |
| 区　分 | 管理栄養士 | 栄養士 | 調理師 | 調理師以外の調理従事者 | 給食業務事務職員 | その他の給食業務従事者 | 計 |
| 常　勤 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 非常勤 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

　　注１　用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

 　　２　給食数は給食見込数（１日平均）を記入し、職員給食を実施する施設は（　）内に職員の給食

見込数を記入すること。

 　　３　施設の種類及び給食運営方法については、該当するものを○で囲むこと。

 　４　管理栄養士及び栄養士について欄内に書ききれない場合は、名簿を添付すること。

 　５　給食業務に関わる者の人数のみを記入すること。

 　６　施設の平面図を添付すること。