**様式第１号（第４条関係）**

**特定給食施設開始届出書**

　　　年　　　月　　　日

（あて先）姫路市保健所長

設置者住所　　〒

電話

設置者

（法人の場合は、その名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 給食施設の名称 |  | | | | | | | | | |
| 給食施設の所在地 |  | | | | | | | | | |
| 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　　 矯正施設　　　　　　　　　 自衛隊  一般給食センター　　　　 その他 | | | | | | | | | |
| 給食開始日  (予定日) |  | | | | | 給食  対象数 | | 人 | | |
| 1日の給食数  （食） | 朝 | 昼 | | 夕 | | その他 | | | 計 | |
|  |  | |  | |  | | |  | |
| 運営形態 | 直　営 　　　　　　　　委　託　　　　　　　　一部委託 | | | | | | | | |
| 委託先名称 |  | | | | | | | | |
| 管理栄養士  栄養士の員数  ※非常勤職員は除く | 管理栄養士 | | 施設側　　　　　　人 | | 栄養士 | | 施設側　　　　　　　　人 | | | |
| 委託側　　　　　　人 | | 委託側　　　　　　　　人 | | | |

健康増進法第２０条第１項の規定により次のとおり届け出ます。

※太線内を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 起案日 | | | 決裁日 | | | 本届出について受理したい。 | 受付印 |
| 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係長 | 係 | ※ |