別記様式第2号(第3条関係)

特定給食施設開始・再開届

年　　月　　日

　　　石川県知事　　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、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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設の名称 | 　 | 管理者名 | 　 |
| 施設の所在地 | 　 | 電話FAX | 　 |
| 施設の種類 | 1　学校　2　病院　3　介護老人保健施設　4　老人福祉施設　5　児童福祉施設　6　社会福祉施設　7矯正施設　8寄宿舎　9　事業所　10　一般給食センター　11　その他(　　　　　　　　　　　) |
| 給食開始・再開年月日 | 年　　月　　日 | 定員 | 　 | 給食対象 | 　 |
| 給食運営方法 | 直営・委託(全部・一部(　　)) | 委託先名称所在地代表者氏名連絡先電話 | 　 |
| 施設内給食管理担当部課担当責任者職・氏名 | 　 |
| 区分 | 朝食 | 昼食 | 夕食 | その他(　　) | 計 |
| 給食数 | 主食・副食とも | (　　) | (　　) | (　　) | (　　) | (　　) |
| 副食のみ | (　　) | (　　) | (　　) | (　　) | (　　) |
| その他 | (　　) | (　　) | (　　) | (　　) | (　　) |
| 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、日本工業規格A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。