様式第１号（第４条関係）

特定給食施設開始（再開）届

　　　　　　 　年　　月　　日

　（宛先）秋田市保健所長

　　　　　特定給食施設設置者 　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

次のとおり特定給食施設事業を開始（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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 特定給食施設の名称 |  | | | | | | | | |
| 特定給食施設の所在地 | 郵便番号  電話番号  メールアドレス | | | | | | | | |
| 給食施設の種類  （該当するものの  番号を○で囲んで  ください。） | 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 自衛隊  11 一般給食センター  12 その他（ 　 　） | | | | |
| 開始(再開)年月日 | 年　 　月　 　日 | | | | | | | | |
| 予定給食数 | 朝　食 | 昼　食 | | 夕 食 | | | その他 | | 計 |
| 食 | 食 | | 食 | | | 食 | | 食 |
| 管理栄養士及び栄養士  の員数 | 管理栄養士 | | | | | 栄養士 | | | |
| 施設側　 人 | | 委託側　 人 | | | 施設側　 人 | | 委託側　 人 | |