

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、名称および代表者の氏名〕

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	7 矯正施設	8 寄宿舎	9 事業所	10 自衛隊
	2 病院	11 一般給食センター	12 その他（ ）		
	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				
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	