様式第２号（規則第３条関係）

特定給食施設開始（再開）届

　　　年　　　月　　　日

宇都宮市保健所長　様

設置者

住　所　〒

氏　名

（ 法人にあっては，名称，主たる事務所の所在地及び代表者の氏名　）

次のとおり給食を開始（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。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 給食施設の名称 |  | | | | | |
| 給食施設の所在地 | 〒  （連絡先） 電　話　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ  　　　　 　 Eメール | | | | | |
| 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（　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| ※  病床数又は入所定員 | 人 | | 併設施設がある場合，各施設の名称及び病床数（入所定員） | | | |
| 名称 | | 定員  　　　　　　　　　人 | |
| 名称 | | 定員  　　　　　　　　　人 | |
| 給食開始(再開)年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | |
| 一日の予定給食数及び各食ごとの予定給食数 | 朝　食 | 昼　食 | | 夕　食 | | 合計 |
| 食  （　　　　　　） | 食  （　　　　　　） | | 食  （　　　　　　） | | 食  （　　　　　　） |
| 管理栄養士の員数 | 常勤　　　　　　　人　，　非常勤　　　　　　　人 | | | | | |
| 栄養士の員数 | 常勤　　　　　　　人　，　非常勤　　　　　　　人 | | | | | |

　※病床数又は入所定員について，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・社会福祉施設は必ず記入してください。