

## 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

（法人にあつては、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	<input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 児童福祉施設 <input type="checkbox"/> 社会福祉施設 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 寄宿舍 <input type="checkbox"/> 矯正施設 <input type="checkbox"/> 自衛隊 <input type="checkbox"/> 一般給食センター <input type="checkbox"/> 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。