

給食実施状況報告書（ 月分）

（病院・介護老人保健施設・介護医療院・特別養護老人ホーム用）

年 月 日

宇都宮市保健所長 様

施設の名称
施設の所在地 〒

電話番号
施設管理者
（職・氏名）

次のとおり給食実施状況を報告します。

管 理 体 制	施設種類		<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"/> 特別養護老人ホーム		
	給食運営方式		<input type="checkbox"/> 直営		<input type="checkbox"/> 委託		委託内容				
	委託先	名称				<input type="checkbox"/> 献立作成		<input type="checkbox"/> 発注			
		所在地				<input type="checkbox"/> 納品確認		<input type="checkbox"/> 調理			
		代表者名				<input type="checkbox"/> 配膳・下膳		<input type="checkbox"/> 食器洗浄			
		施設責任者				<input type="checkbox"/> その他（ ）					
	患者・入所者等の 病床（定員）数		許可病床数		床	ショートステイ					人
			入所定員		人	その他（ ）					人
			デイサービス		人	合計					人
	一日あたりの食数	区分	朝食	昼食	夕食	合計		備考			
		患者・入所者等									
		職員等									
		その他（ ）									
		合計									
	給食従事者	区分	設置者		受託者		合計		備考		
			常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤			
		管理栄養士									
		栄養士									
		調理師									
		その他の調理従事者									
		その他									
合計											
※1 給食管理に関する 会議	名称 []										
	構成員 []										
	実施回数（ ）回/年 会議録（ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ）										
※2 給食関係者の研修	<input type="checkbox"/> 独自で実施（ ）回/年										
	<input type="checkbox"/> 他で実施する研修に参加（ ）回/年										
※3 調査等の実施	<input type="checkbox"/> 嗜好調査（ ）回/年 <input type="checkbox"/> 残食調査（ ）回/年										
	<input type="checkbox"/> その他 []（ ）回/年										

※1、※2、※3 5月分の報告書に前年度1年間（4月～3月）の実施状況を記入してください。

