

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)

健康増進法第24条第1項の規定により、次のとおり給食実施状況を報告します。

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		
管理 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							
体制 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。

