

(記入例)

様式第3号 (第4条関係)

給食施設開始・再開届

〇〇年 〇〇月 〇〇日

(あて先) 前橋市保健所長

届出者 (設置者)

所在地 群馬県前橋市〇〇町△-△

氏名 〇〇法人 〇〇会
理事長 〇〇 〇〇

電話番号 027-xxxx-xxxx

(法人にあっては、主たる事業所の所在地、名称及び代表者の氏名)

届出者は設置者です。(当該施設を設置した最高責任者です。(理事長、社長等)。

給食を **開始** 再開 しましたので、次のとおり届け出ます。

施設区分	特定給食施設		給食施設	給食開始 (再開) 日	〇年〇月〇日	
施設の種類	幼保連携型認定こども園 〇〇〇保育園					
施設の所在地	〒370-xxxx 前橋市 〇〇町△-△					
管理者氏名	職名	園長	氏名	〇〇 〇〇		
電話	027-xxxx-xxxx		FAX	027-xxxx-xxxx		
電子メール	〇〇.△△@□□.××			食中毒関連情報等 配信希望	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
施設の種類の 該当する施設に	<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 checked="" type="checkbox"/> 老人福祉施設 <input checked="" 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 ()					
給食対象	定数	150	喫食者	<input checked="" type="checkbox"/> 全員 <input type="checkbox"/> 一部 <input checked="" type="checkbox"/> 職員		
給食運営方法	直営 ・ 委託		外部搬入	<input type="checkbox"/> 有→		
※委託先	名称	(株)〇〇給食				
	代表者	職名	代表取締役	氏名	〇〇 〇〇	
	所在地	〇〇県△△市□□町×-×				
	連絡先	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	担当者	〇〇 〇〇	
	委託内容	<input checked="" type="checkbox"/> 献立作成 <input type="checkbox"/> 材料購入 <input checked="" type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 盛り付け <input checked="" type="checkbox"/> 配膳 <input checked="" type="checkbox"/> 下膳 <input checked="" type="checkbox"/> 食器洗浄 <input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 配送 <input type="checkbox"/> その他 ()				
施設内の給食管理部門	担当部課名	栄養課		担当者 (職)氏名	管理栄養士〇〇 〇〇	
定数及び各食の 予定給食数	区分	朝食	昼食	夕食	その他 ()	計
	以上児		180			180
	(内 職員食)	()	(30)	()	()	(30)
	未満児					
	(内 職員食)	()	()	()	()	()
	離乳食					
(内 職員食)	()	()	()	()	()	

給食従事者数 管理栄養士及び栄養士については別紙名簿を添付すること。

区分	管理栄養士	栄養士	調理師	調理従事者	その他	合計
施設側	常勤	1 人				1 人
	非常勤					
受託側	常勤		1 人	1 人		2 人
	非常勤				1 人	1 人

(別紙) 管理栄養士・栄養士名簿

(記入例)

		管理栄養士 氏名		栄養士 氏名	
		施設側	委託側	施設側	委託側
常勤		前橋 花子	赤城 太郎		浅間 雪子
非常勤					榛名 梅子
上記の者のうち、栄養部門責任者氏名			前橋 花子		

(常勤の目安：1日6時間以上で週4日以上の勤務)

※再掲	常勤従事者数	施設側	受託側	計
	管理栄養士	1	1	2
	栄養士		1	1

※保健所記入欄

施設台帳番号	
--------	--