

# <記入例>

船橋市保健所

第1号様式

特定給食施設開始届

保健所に提出する年月日を記入

令和〇〇年〇月〇日

船橋市保健所長

あて

〒\*\*\*-\*\*\*\*

住 所 埼玉県所沢市〇〇—〇〇  
社会福祉法人〇〇会

設置者 氏 名 理事長 葛飾 栄

〔 法人にあっては、給食施設の設置者の名称、  
主たる事務所の所在地及び代表者の氏名 〕

電話番号 \*\*\*-\*\*\*-\*\*\*\*

**設置者（管理者ではありません）  
について記入**

※設置者が法人の場合、『（法人の）主たる事務所の所在地』『法人の名称』『法人代表者の職名・氏名』『（法人の）電話番号』を記入

次のとおり給食を開始したので、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	シヤカイフクシホウジンマルマルカイ トクベツヨウゴロウジンホームマルマル 社会福祉法人〇〇会 特別養護老人ホーム〇〇 Tel047-***-****					名称にはフリガナを ふり、給食施設の電話 番号を記入
給食施設の所在地	〒273-**** 船橋市湊町〇丁目〇番〇号					
給食施設の種類	1 学校      2 病院（許可病床数      床） 3 介護老人保健施設（入所定員数      ） ④ 老人福祉施設      5 児童福祉施設      6 社会福祉施設 7 矯正施設      8 寄宿舍      9 事業所      10 一般給食センター 11 その他（      ）					
給食の開始日又は 開始予定日	令和〇〇年〇月〇日 ← 特定給食施設として給食提供を開始した年月日 を記入（給食提供を開始した日ではない。）					
1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	その他	1日の合計	
	100食	100食	100食	0食	300食	
管理栄養士の員数	1名		栄養士の員数		2名	

注 給食施設の種類の欄は、該当する番号を○で囲んで下さい。

当該施設に常勤で、管理栄養士、栄養士の資格があり、**栄養管理の業務に従事している**職員の合計人数を記入