様式第2号(第3条関係)

特定給食施設開始届出書

　　　　年　　　月　　　日

　(宛先)静岡市保健所長

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 電話番号　　　　　　　　　　　　 |

　健康増進法第20条第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 特定給食施設の名称 | 　 |
| 特定給食施設の所在地 | 　 |
| 特定給食施設の種類(該当する□にレ印を付してください。） | □学校　□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　□事業所　□寄宿舎　□矯正施設　□一般給食センター　□その他（　　　　　　） |
| 給食の開始(予定)日 | 　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 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 | 夜食その他(おやつは除く。) | 合計 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 管理栄養士の員数 |  | 栄養士の員数 | 　 |

(注)

１　曜日により給食数が異なる場合は、曜日ごとに記入してください。

　届出責任者の所属・氏名

　届出担当者の所属・氏名

　担当者連絡先の電話番号