

(様式 18)

所長	副所長	課長	係長	係		受付
						第 号

特定給食施設開始届

年 月 日

西宮市保健所長 様

設置者

住所 (法人の場合は主たる事務所の所在地)

〒

氏名 (法人の場合は名称及び代表者氏名)

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。

給食施設の名称	電話番号 () -
給食施設の所在地 〒	
給食施設の種類 (該当する項目に☑) <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 矯正施設 <input type="checkbox"/> 一般給食センター <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 児童福祉施設 <input type="checkbox"/> 寄宿舍 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 社会福祉施設 <input type="checkbox"/> 事業所	
給食開始日又は開始予定日	該当する項目に☑ 年 月 日 (☐開始日 ☐開始予定日)
一日の予定給食数 朝 () 食 昼 () 食 夜 () 食 その他 () 食 計 () 食	
栄養士の数 () 人 左記のうち設置者が直接雇用している数 () 人	
管理栄養士の数 () 人 左記のうち設置者が直接雇用している数 () 人	
備考	