

給食施設（開始・再開）届

令和●年●月●日

佐世保市保健所長 様

提出日を記入

押印は不要

設置者住所

〒●●●●-●●●●
●●●●県●●●●市●●●●町●●●●-●

設置者氏名 社会福祉法人◆◆会
理事長 ■■ ■■

法人にあつては、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

いずれか選択

下記のとおり給食施設を【 開始 ・ 再開 】しますので、【健康増進法第20条第1項・佐世保市健康増進法施行細則第8条】の規定により届け出ます。

記

1 給食施設の名称	幼保連携型認定こども園 ●●保育園				
2 給食施設の所在地及び電話番号	〒●●●●-●●●● 佐世保市●●町●●●●-● Tel 0956-●●●●-●●●●●●				
3 給食施設の種類 ※別添参照	児童福祉施設 別添資料を参照し、貴施設が属する項目を記入				
4 給食の開始日 または開始予定日	令和●年●月●日 実際の変更年月日を記入				
5 1日および各食の予定給食数					
【 対 象 】	定 員	朝	昼	夕	計（朝昼夕）
入所者・患者・園児等	100人	食	95食	食	95食
配 食		食	50食	食	50食
(配食先)	◆◆保育園(20食)、■■保育園(30食)				
デイケア・デイサービス	人	食	食	食	食
職 員 食		食	20食	食	20食
そ の 他	人	食	食	食	食
(その他の内容)					
計	100人	食	165食	食	165食
6 管理栄養士及び栄養士の有無及び員数 ※施設側・委託側の合計を記入	管理栄養士	① (1) 名 ・ 無			
	栄 養 士	① (1) 名 ・ 無			

定員について

- ・医療機関については、許可病床数
- ・事業所の食堂については、従業員数の8割 を届出の目安とする。