

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 名) ・ 無 | | | |
| | 栄 養 士 | ○ (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。