

様式第2号 (第3条関係)

## 特定給食施設開始(再開)届

年 月 日

宇都宮市保健所長 様

施設の名称  
施設の所在地 〒  
電話番号  
設置者氏名  
設置者の住所

㊞

次のとおり給食を開始(再開)するので、健康増進法第20条第1項の規定により届け出ます。

給食開始(再開)年月日	年 月 日						
管理者名	職名		氏名				
栄養部門の責任者	職名		氏名				
施設の種類	学校 病院(病床数 床) 介護老人保健施設(入所定員数 人) 老人福祉施設(入所定員数 人) 児童福祉施設 社会福祉施設 矯正施設 寄宿舍 事業所 一般給食センター その他( )						
給食運営方式	直営 委託	委託の場合 その委託先	名称 所在地 代表者氏名 電話番号				
給食管理担当部課(科)				電話番号			
給食数	区分	朝食	昼食	夕食	夜食	その他	計
	主・副食とも	( )	( )	( )	( )	( )	( )
	副食のみ	( )	( )	( )	( )	( )	( )
	その他 ( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
	計	( )	( )	( )	( )	( )	( )
区分	設置者(委託者)側		受託者側		計		
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	
管理栄養士数							
栄養士数							
管理栄養士のうち 代表者氏名			管理栄養士 名簿登録番号				

- 備考 1 設置者が法人である時は、名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名を記入してください。  
2 給食数は、1日の予定給食数及び各食ごとの予定給食数(職員の予定給食数を含む。)を記入し、  
職員の予定給食数を( )内に記入してください。  
3 施設の種類、給食の運営方法については、該当する項目に○をつけてください。  
4 施設の平面図、委託の場合は委託契約書を添付してください。