様式第１号（第２条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　福井県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　届出者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人にあっては、その名称、主たる

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事務所の所在地および代表者の氏名

特定給食施設事業開始届出書

　下記のとおり、健康増進法第２０条第１項の規定により届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 給食施設の所在地 |  | | | | |
| 給食施設の名称 |  | | | | |
| 設置者の住所および氏名  法人にあっては、その名称、主たる  事務所の所在地および代表者の氏名 |  | | | | |
| 給食施設の種類  該当する施設の□内にレ印を記入  してください。 | □学校　　　□病院　　□介護老人保健施設  □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　□自衛隊　□その他（　　　　　　） | | | | |
| 給食の開始日または開始予定日 | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | |
| １日の予定給食数および  各食ごとの予定給食数 | 朝食 | 昼食 | 夕食 | その他  （おやつは除く。） | 合計 |
|  |  |  |  |  |
| 管理栄養士の員数 | 名 | | | | |
| 栄養士の員数 | 名 | | | | |

注　１　届出者が自署する場合には、押印は不要である。

２　管理栄養士および栄養士の員数は、常勤職員に限る。（受託者は含まない。）

３　管理栄養士または栄養士が複数の施設に勤務する場合は、在籍している施設の

員数に計上すること。