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 | □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(　　　　) | | | | | |
| 該当する施設の□内にレ印を記入してください。 |
| 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　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。)

　　2　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。