

小規模給食施設初期調査票

年 月 日

熊本市保健所長（宛）

設置者 氏名

（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

住所

（法人にあつては、主たる事業所の所在地）

電話番号

健康増進法第20条第1項の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

1 施設の名称					
2 施設の所在地					
3 給食開始日 又は開始予定日	年	月	日		
4 給食施設の種類	1 学校 2 病院 3 介護老人保健施設 4 介護医療院 5 老人福祉施設 6 児童福祉施設 7 社会福祉施設 8 矯正施設 9 寄宿舍 10 事業所 11 一般給食センター 12 その他（ ）				
5 運営方法	1 直営 2 委託（全面・一部）				
6 委託先	名 称				
	法人所在地				
	代表者氏名				
	委託内容				
7 給食数（定員）	朝	昼	夕	合計	人
	人	人	人		
8 給食従事者数	区 分	施 設 側		委 託 先 側	
	管理栄養士	人		人	
	栄 養 士	人		人	
	調 理 師	人		人	
	調理作業員	人		人	
	計	人		人	