

記入の注意点

様式第 1 号

年度

管理栄養士配置指定 No.

給食施設 No.

特定給食施設開始届

提出する日付（開始日以降）

年 月 日

神戸市保健所長 あて

施設の種類	〒	正式名称で記載
施設の所在地	〒	給食を提供する施設の所在地
TEL ( )		
施設の設置者の氏名 (法人の場合は、その名称及び代表者の氏名)	(名称) (名称) 法人等の名称 (役職) (氏名) (氏名) 当該施設を設置している者または法人の代表者氏名	
施設の設置者の住所 (施設の所在地と同じ場合省略可) (法人の場合は、主たる事務所の所在地)	〒	当該施設を設置している者または法人の住所 施設の所在地と同じ場合は省略可
TEL ( )		

健康増進法第 20 条第 1 項に基づき、次のとおり届け出ます。

施設の種類	<input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 児童福祉施設 <input type="checkbox"/> 社会福祉施設 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 寄宿舎 <input type="checkbox"/> 矯正施設 <input type="checkbox"/> 幼保連携型認定こども園は児童福祉施設 <input type="checkbox"/> その他 ( )
給食開始(予定)日	「1 回 100 食以上又は 1 日 250 食以上」を超えた日
1 日の予定給食数 ※おやつ・間食は除く	デイサービス等は含まない。ショートステイは含む。 朝食 ( ) 食 ・ 昼食 ( ) 食 ・ 夕食 ( ) 食 その他 : ( ) 食 ※その他は朝、昼、夕食以外の時間帯に 1 食分の食事が提供される場合 例：夜食 ※おやつは含まない 合計 ( ) 食
管理栄養士・栄養士の員数	管理栄養士 ( ) 人 施設 ( ) 人 委託 ( ) 人 合計 ( ) 人 ※調理業務従事者・非常勤は除く 常勤の管理栄養士・栄養士の職員数
本届の記入者	所属 ( ) 氏名 ( ) 連絡先 (TEL) ( )

備考 この届出書は、設置者本人又はその代理人が記入するものです。