

◆給食施設基礎調査票◆

① 施設名

※正式名称をご記入ください。

--

② フリガナ

※施設名のフリガナをカタカナでご記入ください

--

③ 所在地

〒	－
神戸市	区
TEL. () -	

Eメールアドレス (3つのアドレスまで可)	
--------------------------	--

★今後、保健所医務業務課からのお知らせをこのアドレスに送付します。必ず施設側のアドレスをご記入ください。

④ 施設長

施設の代表者で、理事長、園長、所長、社長、支店長等

職名		氏名	
----	--	----	--

〔例〕職名：〇〇法人 理事長 氏名：神戸太郎 / 職名：施設長 氏名：中央花子

⑤ 給食管理者

施設の職員で、給食部門を管理する人

部署名 (施設)		職名		氏名	
-------------	--	----	--	----	--

※給食管理者の勤務先が上記③所在地と異なる場合のみ下欄にご記入ください。

〒	－
TEL. () -	

⑥ 運営方法

※該当する番号に○印をご記入ください。

※〔献立作成、食材調達、調理業務（下処理含む）、盛り付け、配膳・下膳、食器洗浄消毒〕業務のうち、一つでも委託契約をしている場合は、「業務委託」に該当します

1 直営	2 業務委託（一部委託も含む）
------	-----------------

※「2 業務委託」の場合は下欄もご記入ください。

委託内容	1 献立作成	2 食材調達	3 調理業務（下処理含む）
	4 盛り付け	5 配膳・下膳	6 食器洗浄消毒
	7 その他（		）
委託業者名			
所在地	〒 ー TEL. () -		

◆委託業者が複数の場合は、別紙に記載し、添付してください。

⑦ 調理方法

※該当する番号に○印をご記入ください。

1 施設内調理	2 施設外調理（外部搬入含む）	3 両方を組み合わせている
---------	-----------------	---------------

※「2 施設外調理」「3 両方を組み合わせている」の場合は下欄もご記入ください。

調理方式等	1 弁当	2 クックチル	3 クックフリーズ
	4 クックサーブ	5 真空調理	6 その他（
			）
搬入元	施設・業者名（ 所在地（		
	）		

◆搬入元が複数の場合は、別紙に記載し、添付してください。

⑧ 献立作成者

※該当するものに○印をご記入ください。

所属	施設 ・ 委託	職種名	管理栄養士・栄養士・調理師・その他（
			）

⑨ 非常時の対策
(食事の提供)

※該当するものに○印をご記入ください。

災害等非常時の食事提供等の対応マニュアル（施設作成）があるか。⇒ 1 有 2 無	
災害等非常時を想定した備蓄食が施設（敷地）内にあるか。 ⇒ 1 有 2 無 → 量は { 人分 × 回分に相当する量 } → 献立表は { 作成している ・ 作成していない } → 電気・ガスが使えない場合は { a 代替熱源有 b 加熱不要の備蓄食使用 c 準備なし } → 水道が使えない場合は { a 水の備蓄有 b 受水槽等にて施設内対応可 c 準備なし }	

⑩ 給食業務従事者数

※**当該施設の給食業務に従事する者の人数**を、所属、職種、勤務形態別にご記入ください。

※**管理栄養士と栄養士は「栄養管理業務」に従事する人数であり、有資格者であっても業務内容が「調理業務」のみの者は、調理師（有資格）又は調理従事者の人数に含めてください。**

※常勤には、当該施設が主たる勤務場所（勤務時間が最も長いなど）で、かつ当該施設において他の正規職員と同様の勤務形態にある者を計上してください。

複数施設の給食業務に携わり、主たる勤務先が他施設である者は非常勤に含めてください。

		管理栄養士	栄養士	調理師	調理従事者	その他（事務職等）
施設	常勤	人	人	人	人	人
	非常勤	人	人	人	人	人
委託	常勤	人	人	人	人	人
	非常勤	人	人	人	人	人

⑪ 給食数

※普段の平均的な1日の給食数をご記入ください。間食（おやつ）は記入する必要はありません。

※「その他の給食数」は、当該施設の利用者以外の食事調理し、提供している場合にご記入ください。

「施設職員の食事」や「デイサービス」、「他施設への配食」等が該当します。

※「他施設への配食」とは、当該施設の調理室で調理した食事を施設内保育所、隣接する福祉施設、近隣の分園等において利用者に提供する場合をいいます。全てご記入ください。（ただし、デイサービスは含みません）

		朝食	昼食	夕食
給食数（テラト含む） 患者、入所者、ショートステイ 通所者（デイサービス除く）		食	食	食
その他の給食数				
施設職員		食	食	食
デイサービス		食	食	食
施設名	他施設への配食 ()	食	食	食
	施設の種類の ※該当するものに○印を ご記入ください。	1 病院 4 有料老人ホーム 6 幼稚園・保育園・認定こども園・認可外保育施設・小規模保育事業等 7 上記6以外の児童福祉施設	2 介護老人保健施設 5 障害者・児施設 8 事業所	3 老人福祉施設 9 その他
施設名	他施設への配食 ()	食	食	食
	施設の種類の ※該当するものに○印を ご記入ください。	1 病院 4 有料老人ホーム 6 幼稚園・保育園・認定こども園・認可外保育施設・小規模保育事業等 7 上記6以外の児童福祉施設	2 介護老人保健施設 5 障害者・児施設 8 事業所	3 老人福祉施設 9 その他

⑫ 許可病床数

又は定員

〔老健・介護医療院・老人福祉施設・社会福祉施設のみ〕			
床・人	⇒ 定員・内訳	入所： 人	短期入所： 人 通所： 人

◎ 調査票記入者（当該施設に所属する方）

部署名 (施設)		職名		氏名		TEL	()	-
Eメールアドレス								

◆上記⑫給食数において1回100食以上又は1日250食以上となる場合は「特定給食施設」に該当し、別途保健所に届出が必要です。
また、届出済みの特定給食施設において、届出事項の施設名、設置者氏名、給食数（大幅な増減）、管理栄養士・栄養士の員数に変更が生じた場合は変更の届出が必要となります。ご不明な点は下記までお問い合わせください。

提出期限：2026年9月30日（水）まで

提出先：神戸市保健所 医務薬務課 管理栄養士 あて

Eメールアドレス iyaku_eiyou@city.kobe.lg.jp

〒650-8570

神戸市中央区加納町6丁目5-1（神戸市役所1号館20階）

TEL. 078-322-6795（直通）

※お問い合わせについては、できる限りEメールでお願いします