

様式第1号（第2条関係）

特定給食施設該当届出書

年 月 日

長野市保健所長 宛

設置者の住所

（法人等にあつては、主たる事務所の所在地）

設置者の氏名

（法人等にあつては、名称及び代表者の氏名）

特定給食施設に該当したので、健康増進法第20条第1項の規定により届け出ます。

給食施設の名称及び所在地	名 称 所在地 電話 ()				
給食施設の種類	病院 介護老人保健施設 介護医療院 介護老人福祉施設 学校 児童福祉施設 社会福祉施設（介護老人福祉施設以外） 矯正施設 寄宿舍 事業所 一般給食センター その他 ()				
給食の開始日又は開始予定日	年 月 日				
給食対象者					
給食運営方式 （委託の場合は、受託者の所在地、名称及び代表者の氏名）	直営・委託（全面委託・一部委託）				
1日の予定給食数	朝食	昼食	夕食	その他	合計
	食	食	食	食	食
管理栄養士及び栄養士の員数	管理栄養士		人	委託先	人
	栄養士		人	委託先	人