様式第１号

その他の給食施設事業開始届

年　　　月　　　日

水戸市保健所長　様

住 所

届出者　氏 名

法人にあっては，主たる事務所の

所在地並びに名称及び代表者の氏名

その他の給食施設の事業を開始したので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| その他の給食  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 事業所  9 寄宿舎　10 矯正施設　11 自衛隊　12 一般給食センター　13 その他 | | | | | |
| その他の給食施設の名称 | | |  | | | |
| その他の給食施設の所在地 | | |  | | | |
| 設　置　者 | 氏名（法人にあっては，名称及び代表者の氏名） | |  | | | |
| 住所（法人にあっては，主たる事務所の所在地） | |  | | | |
| 給食の開始年月日 | | | 年　　 月 　　日 | | | |
| １日の予定  給 食 数 | 朝 食 | 昼 食 | | 夕 食 | そ の 他  （ 　　　） | 計 |
|  |  | |  |  |  |
| 管理栄養士の  員 数 | 人 | | | 栄養士の  員 数 | 人 | |

備考　給食事業の開始の日から１月以内に届け出てください。

その他の給食施設の種類は該当するところに○をつけてください。

その他の給食施設状況報告書（様式第４号）を記入して添付してください。

施設の見取り図を添付してください。