

第3号様式（第4条、第5条関係）

年 月 日

那霸市保健所長 宛

所在地 下

フリガナ
施設名

設置者又は
管理者氏名

電話 番 号

FAX 番号

※法人にあっては、給食施設の設置者の名称、
主たる事務所の所在地、代表者氏名及び電話番号

給食施設開始・再開届

健康増進法第 20 条第 1 項
那覇市健康増進法施行要綱第 5 条

の規定により、次のとおり関係書類を添えて提出します。

給食施設	名 称						
	所 在 地						
給食施設の種類 ※該当するところに☑を入れて下さい		☐ 学校 ☐ 病院 ☐ 介護老人保健施設 ☐ 老人福祉施設 ☐ 児童福祉施設 ☐ 社会福祉施設 ☐ 事業所 ☐ 寄宿舍 ☐ 矯正施設 ☐ 自衛隊 ☐ 一般給食センター ☐ その他					
給食開始日		年 月 日			施設許可定員数		
給食運営方式		☐ 直営	☐ 委託	住 所 氏 名 連 絡 先			
栄養士代表者名					☐ 常勤 ☐ 献立のみ委託 ☐ その他 ()		
1日の予定給食数		区 分	朝	昼	夕	計	間 食
		給食数					
		職員食数					
		備 考					
給食従事職員数		区 分	設置者（委託）側			受 託 者 側	
		管理栄養士					
		栄 養 士					
		調 理 師					
		調 理 員					
		そ の 他					

(添付書類)		
給食施設の平面図及び付近見取り図		

作成者・給食管理担当者（連絡先）
【 （ ） 】