第3号様式（第4条、第5条関係）

年　　月　　日

那覇市保健所長　宛

所　在　地　〒

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　☐ 寄宿舎 ☐ 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）
【　　（　　）】