# 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)　　　　　　　　　　　　　　　　　　作成者・給食管理担当者（連絡先）

給食施設の平面図及び付近見取り図　　　　　【　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　）】