

特定給食施設事業開始（再開）届

令和 年 月 日

（宛先）奈良市保健所長

郵便番号  
 設置者 住所  
 氏名  
 電話番号

（法人の場合は主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名並びに電話番号）

次のとおり給食を開始（再開）しましたので、健康増進法第20条第1項及び奈良市健康増進法施行細則第2条第1項の規定により届け出ます。

ふりがな						
施設の種類		電話番号				
施設の所在地		郵便番号				
開始（再開）年月日		令和 年 月 日				
施設の種別						
給食管理担当部署		E-mail				
運営方法		直営・委託・一部委託 他の施設への給食提供等（施設名）				
委託先 （委託の場合）		名称 所在地 代表者氏名				
1日の予定給食数 （食）		朝食	昼食	夕食	その他	計
許可病床数・入所定員						
給食従業職員数（人） ※施設に勤務する者		管理栄養士	栄養士	調理師	調理員	事務職 その他
施設側	常勤					
	非常勤					
委託側	常勤					
	非常勤					

- 添付書類(1) 給食施設の平面図の写し  
 (2) 給食従事職員名簿（施設側、委託側それぞれ職種、氏名及び年齢の記載があるもの）  
 (3) 委託の場合は、委託契約書の写し

（注）上記のうち、設置者の住所、氏名、施設名称、所在地、施設の種別、1日の予定給食数、許可病床数・入所定員又は管理栄養士・栄養士の員数（常勤に限る。）に変更があった場合は、特定給食施設変更届（別記第2号様式）を提出すること。

以下は記入しないでください

所長	副所長	課長	補佐	係長	係員
決裁 起案	令和 令和	年 年	月 月	日 日	本件、上記のとおり届出がありましたので受理してよろしいか 印