

特定給食施設事業開始（再開）届

年 月 日

（宛先）奈良市保健所長

郵便番号
設置者 住 所
 ふ り が な
 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 2 0 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					
施設の名称	電話番号				
施設の所在地	郵便番号				
開始（再開）年月日	年 月 日				
施設の種類					
給食管理担当部署	E-mail				
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 （管理栄養士・栄養士 の員数）	管理栄養士		栄養士		
施 設 側	人		人		
委 託 側	人		人		

（注）上記のうち、設置者の住所、氏名、施設名称、所在地、施設の種類、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。