年　　月　　日

　　　群馬県知事　あて

届　出　者

住　　所

氏　　名

（電　話）

（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及び代表者の氏名）

　　給食をしますので、の規定により、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設の名称 |  | 管理者名 |  |
| 施設の所在地 |  | 電話ＦＡＸ |  |
| 施設の種類 | 学校・病院・介護老人保健施設・介護医療院・老人福祉施設・児童福祉施設・社会福祉施設・矯正施設・寄宿舎・事業所・一般給食センター・その他（　　　　　　　　　　　） |
| 給食開始・再開日 |  | 定数 |  | 給食対象 |  |
| 給食運営方法 | 直営・委託（全面・一部（　　）） | 委託先及びその所在地・連絡先　委託先　所在地　連絡先：ＴＥＬ |
| 施設内給食管理担当部課名担当責任者職・氏名 |  |
| 区　　　　　　　分 | 朝食 | 昼食 | 夕食 | その他（　） | 計 |
| 給食数 | 主食・副食とも | （　　　 ） | （　　　 ） | （　　　 ） | （　　　 ） | （　　　 ） |
| 副食のみ | （　　　 ） | （　　　 ） | （　　　 ） | （　　　 ） | （　　　 ） |
| そ　の　他（　） | （　　　 ） | （　　　 ） | （　　　 ） | （　　　 ） | （　　　 ） |
| 計 | （　　　 ） | （　　　 ） | （　　　 ） | （　　　 ） | （　　　 ） |
| 区　　　分 | 常　　 勤　　 者　　 氏　　 名（登録番号・交付県名及び免許番号） | 非　　常　　勤　　者　　氏　　名（登録番号・交付県名及び免許番号） |
| 管理栄養士 | 施設側 |  |  |
| 委託側 |  |  |
| 栄 養 士 | 施設側 |  |  |
| 委託側 |  |  |
| 区分 | 管理栄養士 | 栄養士 | 調理師 | 調理従事者 | 事務職員 | その他 | 計 |
| 常勤 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 非常勤 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

　注１　給食数は給食見込数（１日平均）を記入し、職員給食を実施する施設は（　）内に職員の給食見込数を記入すること。

　　２　施設の種類、給食運営方法については、該当するものを○で囲むこと。

　　３　管理栄養士及び栄養士について、欄内に書ききれない場合は名簿を添付すること。

　　４　給食業務に関わる者の人数のみを記入すること。