

管理番号	
給食規模	S AA A B

給食開始届

年 月 日

仙台市保健所長

給食施設設置者 住所

氏名

〔 法人にあつては、主たる事務所の所在地、
名称及び代表者の氏名 〕

下記のとおり、給食施設を設置しましたので〔健康増進法第20条第1項・仙台市健康増進法に基づく指導等のための届出等に関する条例第2条第1項〕の規定により届け出ます。

記

ふりがな 施設名称					
所在地	〒 _____ 仙台市 _____ 区				
電話番号					
FAX番号					
給食開始日又は 給食開始予定日	年 月 日				
施設種類	1. 学校 2. 病院 3. 介護老人保健施設 4. 介護医療院 5. 老人福祉施設 6. 児童福祉施設 7. 社会福祉施設 8. 事業所 9. 寄宿舍・寮 10. 矯正施設 11. 自衛隊 12. 一般給食センター 13. その他(_____)				
1日の予定給食数	朝	昼	夕	計	その他(_____)
	食	食	食	食	食
施設の定数	人				
管理栄養士等の員数	管理栄養士		栄養士		計
	人	人	人		

※健康増進法施行規則第7条第1号及び第2号で規定される施設については管理栄養士必置指定施設となります。

(備考) 用紙の大きさは、日本工業規格A4版とする。