

第7号様式（第3条関係）

特別栄養管理給食施設非該当届出書

年 月 日

(宛先) 茅ヶ崎市保健所長

住所
届出者 氏名
電話番号

特定給食施設が健康増進法施行規則第7条各号に掲げる施設に該当しないこととなったので、次のとおり届け出ます。

給食施設の名称						
給食施設の所在地						
給食施設の電話番号						
該当していた条項等		<input type="checkbox"/> 省令第7条第1号 { <input type="checkbox"/> 病院(許可病床数) } <input type="checkbox"/> 省令第7条第2号 { <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設(入所定員) } <input type="checkbox"/> 老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 児童福祉施設 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 寄宿舍 <input type="checkbox"/> その他 ()				
1日当たり 予定給食数	食事区分	朝食	昼食	夕食	その他	合計
	主食及び副食	< >	< >	< >	< >	< >
	副食のみ	< >	< >	< >	< >	< >
	その他()	< >	< >	< >	< >	< >
	合計	< >	< >	< >	< >	< >
担当部署の名称						
担当部署の電話番号						

- 備考 1 □のある欄は、該当する□にレ印を記入してください。
 2 「該当条項等」の欄の省令は、健康増進法施行規則をいいます。
 3 「1日当たり予定給食数」の欄の< >内は、給食施設が学校、病院又は福祉施設である場合に、職員に対する給食の数を記入してください。