

第6号様式（第3条関係）

特別栄養管理給食施設該当届出書

年 月 日						
(宛先) 茅ヶ崎市保健所長						
住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)						
届出者 氏名 (法人にあっては、名称及び代表者氏名)						
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することとなったので、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						
該当条項等		☐ 省令第7条第1号 ☐ 病院（許可病床数 ） ☐ 介護老人保健施設（入所定員 ） ☐ 省令第7条第2号 ☐ 老人福祉施設 ☐ 児童福祉施設 ☐ 事業所 ☐ 寄宿舍 ☐ 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	< >	< >	< >	< >	< >
管理栄養士	給食施設	人	代表管理栄養士 氏名			登録番号
	受 託 者	人	代表管理栄養士 氏名			登録番号
栄 養 士	給食施設	人	代表栄養士 氏名			登録番号
	受 託 者	人	代表栄養士 氏名			登録番号
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。
- 4 「管理栄養士」及び「栄養士」の「欄は、常勤の管理栄養士及び栄養士に関する事項を記載してください。