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　　　　　□ 寄宿舎  　　　　　　　　　　　 □ 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。