

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 （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		☐ 省令第 7 条第 1 号 ☐ 省令第 7 条第 2 号 { } ☐ 病院（許可病床数 ） ☐ 介護老人保健施設（入所定員 ） ☐ 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	< >	< >	< >	< >	< >
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。