様式１－１

特定給食施設開始届出書

年　　月　　日

兵庫県＿＿＿＿県民局長　様

設置者住所

（ふりがな）
設置者名

電話番号

＊法人にあっては、主たる事務所の名称、所在地及び電話番号並びに代表者の氏名

健康増進法第 20 条第 1 項の規定により、次のとおり特定給食施設に係る事業の開始の届出をします。

給食施設の名称	ふりがな				
給食施設の所在地					
給食施設の種類	□学校　□病院　□介護老人保健施設 □介護医療院　□老人福祉施設　□児童福祉施設 □社会福祉施設　□事業所　□寄宿舎・寮 □矯正施設　□自衛隊　□一般給食センター □その他（　　）				
給食開始日（又は予定日）	年　　月　　日				
１日（各食）の予定給食数	朝　食	昼　食	夕　食	その他	合　計
入所定員 許可病床数					
管理栄養士の員数		栄養士の員数			

上記施設の電話番号：

〃　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ：