

1 届出について

(1) 特定給食施設

健康増進法第20条第1項及び第2項の規定に基づき、届出書の提出が必要です。寝屋川市ホームページからダウンロードして作成のうえ、寝屋川市保健所に提出してください。（P2参照）

- ★ 押印は不要です。
- ★ 施設にて控えを保管してください。

特定給食施設開始届出書

届出者 住所・氏名・電話番号	設置者の住所（法人の場合は主たる事務所の名称と所在地）、氏名（法人の場合は代表者の職名、氏名）、電話番号を記入する。 ※ 公的な施設の設置者は、知事又は市長等とし、住所は役所（本庁）所在地とする。
給食施設の名称	施設名（正式な名称）を記入する。
給食施設の所在地	所在地を記入する。
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・寄宿舍・矯正施設・自衛隊・一般給食センター・その他の該当種別を記入する。（P2参照）
給食の開始 （開始予定）日	給食を開始した（する）年月日を記入する。
1日の予定給食数 及び各食の予定給食数	・3食提供施設は届出時の平均的な朝・昼・夕食ごとの食数を記入する。1食提供施設は届出時の平均的な食数を記入する。 ・その他の欄には、夜食等を記入する。（間食は含まない。）
管理栄養士の員数	届出時の管理栄養士の員数を記入する。（委託を含む常勤者数）
栄養士の員数	届出時の栄養士の員数を記入する。（委託を含む常勤者数）

特定給食施設届出事項変更届出書

変更年月日	届出事項に変更が生じた年月日を記入する。
変更項目	届出事項に変更が生じた項目を記入する。
変更内容（変更前）	変更が生じた項目について、変更前の内容を記入する。
変更内容（変更後）	変更が生じた項目について、変更後の内容を記入する。

特定給食施設休止（廃止）届出書

給食の廃止年月日	給食を廃止した年月日を記入する。
給食の休止予定期間	給食を休止する予定の期間を記入する。
休止（廃止）の理由	給食休止（廃止）の理由を記入する。

(2) その他の給食施設

寝屋川市では、寝屋川市特定給食施設等指導要綱に基づき、「その他の給食施設」においても、特定給食施設と同様の事項について届出の協力をお願いしています。

特定給食施設開始届出書

年 月 日

寝屋川市保健所長 様

届出者 住 所

(ふりがな)

氏 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					
給食の開始 (開始予定) 日	年 月 日				
1日の予定給食数 及び 各食の予定給食数	朝 食	昼 食	夕 食	その他	合 計
管理栄養士の員数				栄養士の員数	

特定給食施設届出事項変更届出書

年 月 日

寝屋川市保健所長 様

届出者 住 所

(ふりがな)

氏 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2項の規定により、次のとおり特定給食施設に係る届出事項の変更の届出をします。

給食施設の名称	ふりがな
給食施設の所在地	
変更年月日	
変更項目	
変更内容	変更前
	変更後

特定給食施設休止（廃止）届出書

年 月 日

寝屋川市保健所長 様

届出者 住 所

(ふりがな)

氏 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2項の規定により、次のとおり特定給食施設に係る事業を休止（廃止）しましたので届出をします。

給食施設の名称	ふりがな
給食施設の所在地	
給食の開始年月日	年 月 日
給食の廃止年月日	年 月 日
給食の休止予定期間	年 月 日 ～ 年 月 日
休止（廃止）の理由	

その他の給食施設開始届出書

年 月 日

寝屋川市保健所長 様

届出者 住 所

(ふりがな)
氏 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 〕

次のとおり、その他の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					
給食の開始 (開始予定) 日	年 月 日				
1日の予定給食数 及び 各食の予定給食数	朝 食	昼 食	夕 食	その他	合 計
管理栄養士の員数				栄養士の員数	

その他の給食施設届出事項変更届出書

年 月 日

寝屋川市保健所長 様

届出者 住 所

(ふりがな)

氏 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 〕

次のとおり、その他の給食施設に係る届出事項の変更の届出を
します。

給食施設の名称	ふりがな
給食施設の所在地	
変更年月日	
変更項目	
変更内容	変更前
	変更後

その他の給食施設休止（廃止）届出書

年 月 日

寝屋川市保健所長 様

届出者 住 所

(ふりがな)

氏 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 〕

次のとおり、その他の給食施設を休止（廃止）しましたので届出を
します。

給食施設の名称	ふりがな
給食施設の所在地	
給食の開始年月日	年 月 日
給食の廃止年月日	年 月 日
給食の休止予定期間	年 月 日 ～ 年 月 日
休止（廃止）の理由	