|  |
| --- |
| 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 | 　 |
| 　 |