|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  |
|  | | | | | | | | |