

小規模給食施設初期調査票

年 月 日

熊本市保健所長（宛）

設置者 氏 名 印
住 所

（法人にあつては、給食施設の設置者の名称、主たる
事務所の所在地及び代表者の氏名）

※自署の場合は押印不要です。

施 設 の 名 称						
施 設 の 所 在 地		TEL				
給 食 開 始 年 月 日		年 月 日				
給 食 施 設 の 種 類		1.学校 2.病院（診療所） 3.介護老人保健施設 4.老人福祉施設 5.児童福祉施設 6.社会福祉施設 7.矯正施設 8.寄宿舍 9.事業所 10.一般給食センター 11.その他				
運 営 方 法		1.直営 2.委託（ 全面 ・ 一部 ）				
委 託 先	名 称					
	所 在 地					
	代 表 者 氏 名					
	委 託 内 容					
給 食 数	定 員	朝	昼	夕	合計	
		人	人	人		
給 食 従 事 職 員	区 分	施 設 側			委 託 先 側	
	管理栄養士	人			人	
	栄 養 士	人			人	
	調 理 師	人			人	
	調理作業員	人			人	
	そ の 他	人			人	
	計	人			人	