

様式第2号

給食施設設置届

年 月 日

熊本市保健所長 (宛)

〒
届出者 住 所
T E L
フリガナ
氏 名
生年月日 年 月 日生

(法人にあっては、法人の名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名)

次のとおり給食施設を設置したので届け出ます。

給食施設の所在地		校区 熊本市		TEL()—	
給食施設の名称					
種 別	<input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 病 院 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 保育所・幼稚園 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 福祉施設 <input type="checkbox"/> その他				
調 理 食 数	1日合計	食 回	朝 食	昼 食	夕 食
	特記事項				
給食業務責任者氏名					
給 食 従 事 者	合計	管理栄養士 人		調理師 人	
		栄 養 士 人		作業員 人	
設 備 の 大 要	建築構造	<input type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> 鉄骨 <input type="checkbox"/> 鉄筋コンクリート (___階建の ___階)			
	給水状況	<input type="checkbox"/> 上水道 (<input type="checkbox"/> 直結 <input type="checkbox"/> 小規模 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 井水 (消毒設備の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)			
	便所	<input type="checkbox"/> 給食室専用 <input type="checkbox"/> 施設内共用 専用手洗の有無 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無し)			
	調理場	面積 ___m ² 床面材質___ 内壁材質___			
調理業務を委託している場合は委託先		委託先住所： 委託先名：			
備考		添付書類 (1) 給食施設付近の見取図 (2) 給食施設の平面図 (3) 水道水以外の水を用いる場合は水質検査の成績書(提示のみ)			