

特定給食施設設置届

代表者の職印を押印ください

令和〇 年〇 月〇 日

熊本市保健所長（宛）

医療法人△△会

設置者 氏 名 理事長 熊本太郎

住 所 熊本市中央区大江 5 丁目 1-1

（法人にあっては、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。

健康増進法第 2 0 条第 1 項の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

施 設 の 名 称		○×病院				
施 設 の 所 在 地		熊本市中央区大江 5 丁目 1-1			T E L 096-123-4567	
給 食 開 始 年 月 日		令和元 年 12 月 1 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	（株）ウェルパル				
	所 在 地	熊本市東区健軍町△丁目〇-1				
	代表者氏名	代表取締役 熊本 花子				
	委 託 内 容	発注・調理・洗浄				
給 食 数	定 員	朝	昼	夕	合計	300 人
		100 人	100 人	100 人		
給 食 従 事 職 員	区 分	施 設 側			委 託 先 側	
	管理栄養士	2 人			人	
	栄 養 士	1 人			1 人	
	調 理 師	人			3 人	
	調理作業員	人			4 人	
	そ の 他	人			人	
	計	3 人			8 人	