

# 記入例

## 小規模給食施設初期調査票

熊本市保健所長 (宛)

平成 ○年△月□日

医療法人△△会  
設置者氏名 理事長 熊本太郎



→ 代表者の  
職印を  
押印作  
さい

住所 熊本市中心区大江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。

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.寄宿舎 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	株式会社 ウェルパル				
	所在地	熊本市中心区健軍町△丁目○-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	150人
		50人	50人	50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	