

年 月 日

小規模給食施設、ボランティア給食における食事の提供

(開始 ・ 変更 ・ 廃止) 届

(提出先) 足立区足立保健所長

郵便番号

住 所

フリガナ

氏 名

電話番号

〔 法人の場合は、その名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名
ボランティア活動によるグループの場合はその代表者 〕

下記のとおり食事提供を

〔 開始します。
変更・廃止しました。 〕

記

食 事 の 提 供 を 行 う 施 設 の 所 在 地	
施 設 の 名 称	
食 事 の 提 供 開 始 年 月 日	年 月 日から

変更の場合は、変更箇所を記入し、提供開始年月日の欄に変更年月日を記入してください。

廃止の場合は、提供開始年月日の欄に廃止年月日を記入してください。

施設の運営状況票

供給食数		食 数	食品衛生に責任を持つ者	氏 名	
	朝 飯			免許等の種類 (食品衛生責任者の資格を有する場合に限る。)	栄養士・調理師・ 製菓衛生師・養成講習会・ その他 ()
	昼 飯				
	夕 飯				
	その他()				
	合 計				
施設種類 (○を付ける。)	1 学校・幼稚園 2 病院・診療所 3 工場・事業所 4 児童福祉施設 5 社会福祉施設 6 ボランティア給食 (子供食堂) 7 ボランティア給食 (高齢者対象) 8 ボランティア給食 (炊き出し) 9 その他 ()				
調理従事者数		人	定 員	人	
対 象 者					
食事の提供頻度・方法等		(例：毎月第1・第3月曜日17:00～20:30、毎週金曜16:00～20:00)			