　　　　別記

　　　　第１号様式

年　 月　 日

高知県知事　様

施設の名称

施設の所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

ＦＡＸ番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　設置者の氏名

（法人にあっては、設置者の名称及び代表者の職・氏名）

　 給 食 施 設 状 況 報 告 書

高知県健康増進法施行細則第２条第２項の規定により、次のとおり報告します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 定　　　員　　（生　徒　数　・　許　可　病　床　数　等） | | | | | | | | | | | 人 | |
| 施 設 の 種 類 | | | | 1　学校　　2　病院　　3　介護老人保健施設　　4　介護医療院  5　老人福祉施設　　 　6　児童福祉施設 　　7　社会福祉施設  8　事業所 　　9　寄宿舎　 　10　矯正施設 　　11　自衛隊  12　一般給食センター　　13　その他 | | | | | | | | |
| 運営方法 | | | | 1　直営　　　2　一部委託　（　　　　　　）　　3　委託 | | | | | | | | |
| 委　託　先 | 名称 | | |  | | | | | | | | |
| 所在地 | | |  | | | | | | | | |
| 電話 | | |  | | | | | | | | |
| 代表者の職・氏名 | | |  | | | | | | | | |
| 栄養士氏名  管理栄養士・ | | 区　分 | | 施　　設　　側 | | | | | | 委　　託　　側 | | |
| 管理栄養士 | | | 栄　養　士 | | | 管理栄養士 | | 栄　養　士 |
| 常　勤 | |  | | |  | | |  | |  |
| 非常勤等 | |  | | |  | | |  | |  |
| 給　食　従　事　職　員　数 | | | | | | | | | 給　　食　　数 | | | |
| 区　　　分 | | | 施　設　側 | | | 委　託　側 | | | 朝 　　食 | | | 食 |
| 常　勤 | | 非常勤 | 常　勤 | | 非常勤 |
| 管理栄養士 | | | 人 | | 人 | 人 | | 人 | 昼 　　食 | | | 食 |
| 栄養士 | | | 人 | | 人 | 人 | | 人 |
| 調理師 | | | 人 | | 人 | 人 | | 人 | 夕 　　食 | | | 食 |
| 調理作業員 | | | 人 | | 人 | 人 | | 人 |
| 給食事務員 | | | 人 | | 人 | 人 | | 人 | 計 | | | 食 |
| その他 | | | 人 | | 人 | 人 | | 人 | 職員食等  （　　　　　） | | |  |
| 計 | | | 人 | | 人 | 人 | | 人 | 食 | | |