

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  
 (法人にあつては、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
	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 寄宿舍		10 矯正施設	
12 一般給食センター		13 その他		11 自衛隊	
運 営 方 法		1 直営 2 委託 ( 献立作成 調理 食器洗浄 配送 その他 ( ) )			
委 託 先	名 称				
	所 在 地				
	電 話 号				
	代 表 者 の 職 ・ 氏 名				
管理栄養士・ 栄養士氏名	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			提 供 方 法		
区 分	施 設 側		委 託 側		1 下処理から調理 2 下処理済食品の調理 3 調理済食品の加温・配膳 4 盛り付けのみ 5 弁当・配膳車等の受入 6 その他 ( ) 災害時の給食対応
	常 勤	非 常 勤	常 勤	非 常 勤	
管理栄養士	人	人	人	人	
栄 養 士	人	人	人	人	
調 理 師	人	人	人	人	
調理作業員	人	人	人	人	
給食事務員	人	人	人	人	
そ の 他	人	人	人	人	1 マニュアル等あり (最終改正： 年 月 日)
計	人	人	人	人	2 マニュアル等なし

作成者： \_\_\_\_\_

メールアドレス (任意)： \_\_\_\_\_

給食数

合計	食数	朝	昼	夕	計
	対象者				
	職員食等				

(内訳)

自施設	食数	朝	昼	夕	計	
	対象者					
	職員食等					
配送先1	供給先の施設名	所在地		電話番号		定員
	供給先施設における調理作業 なし・あり ( )	食数	朝	昼	夕	計
		対象者				
		職員食等				
配送先2	供給先の施設名	所在地		電話番号		定員
	供給先施設における調理作業 なし・あり ( )	食数	朝	昼	夕	計
		対象者				
		職員食等				
配送先3	供給先の施設名	所在地		電話番号		定員
	供給先施設における調理作業 なし・あり ( )	食数	朝	昼	夕	計
		対象者				
		職員食等				
配送先4	供給先の施設名	所在地		電話番号		定員
	供給先施設における調理作業 なし・あり ( )	食数	朝	昼	夕	計
		対象者				
		職員食等				