

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		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 寄宿舍		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							
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				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			