

様式第1号（第2条、第4条関係）

特定給食施設事業(開始)(再開)届

令和4年4月10日

豊田市長 様

設置者 郵便番号 471-8501  
住 所 豊田市西町3丁目60番地  
氏 名 ○○事業所  
代表取締役 豊田 太郎  
電話番号 0565-○○-○○○○

特定給食施設の事業を開始（再開）したので、下記のとおり健康増進法第20条第1項 豊田市健康増進法施行細則第4条 の規定により届け出ます。

記

給食施設の名称	○○事業所						
給食施設の所在地	郵便番号(471-8501) 豊田市西町3丁目60番地 電話番号(0565-○○-○○○○)						
給食施設の種類 (番号を○で囲むこと。)	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 一般給食センター 12 その他( )						
給食管理担当部課名等	部課名 ○○課	担当者氏名 豊田 花子	電話番号 (0565-○○-△△△△)				
事業開始(予定) 年月日・再開年月日	令和4年4月1日	給食対象者 及び定員数	対象者 従業員	定員 450人			
運営形態 (番号を○で囲むこと。)	委託先住所	豊田市西町3-60-1					
1 直営 2 全部委託 3 一部委託	委託先名称	○○給食サービス					
	委託する業務の内容 (一部委託の場合に、番号を○で囲むこと。)	1 献立作成	2 材料購入	3 調理業務	4 配膳・下膳 5 食器洗浄	6 施設外調理	7 その他( )
1日の予定給食数	朝食 食	昼食 350食	夕食 100食	その他 食	合計 食		
給食の形態 (番号を○で囲むこと。)	1 単一定食 2 複数定食 3 カフェテリア 4 その他( )						
区分	常勤者氏名(登録番号)			非常勤者氏名(登録番号)			
管理栄養士	施設側	豊田 花子(第12345号)					
	委託側						
栄養士	施設側						
	委託側				豊田 一郎(愛知第12346号)		
区分	管理栄養士	栄養士	調理師	調理員	給食事務員	計	
常勤	1人	人	1人	3人	人	5人	
非常勤	人	1人	人	2人	人	3人	
(添付書類) 給食施設の平面図							

備考

- 管理栄養士及び栄養士の欄に全ての方の氏名等を記入できない場合は、名簿を添付してください。
- 管理栄養士、栄養士、調理師、調理員及び給食事務員の人数欄には、給食業務のみに従事する方の人数を記入してください。なお、同欄の常勤とは週4日以上及び1日6時間以上従事している者をいい、非常勤とはその他の者をいいます。

令和4年4月10日

豊田市長 様

設置者 郵便番号 471-8501  
住 所 豊田市西町3丁目60番地  
氏 名 ○○事業所  
代表取締役 豊田 次郎  
電話番号 0565-○○-○○○○

特定給食施設の届出事項を変更したので、下記のとおり健康増進法第20条第2項の規定により届け出ます。

## 記

給食施設の名称	○○事業所		
給食施設の所在地	豊田市西町3丁目60番地		
変	更	内	容
項 目	<input type="checkbox"/> 給食施設の名称又は所在地 <input checked="" type="checkbox"/> 給食施設の設置者の氏名又は住所（法人にあつては、給食施設の設置者の名称、主たる事務所の所在地又は代表者氏名）	変 更 前	○○事業所 代表取締役 豊田 太郎
	<input type="checkbox"/> 給食施設の種類 <input type="checkbox"/> 1日の予定給食数及び各食ごとの予定給食数 <input type="checkbox"/> 管理栄養士の員数 <input type="checkbox"/> 栄養士の員数 <input type="checkbox"/> その他（ ）	変 更 後	○○事業所 代表取締役 豊田 次郎
変 更 年 月 日	令和4年4月1日		
給食管理担当部課名等	部課名 ○○課	担当者氏名 豊田 花子	電話番号 0565-○○-△△△△

## 備考

- 給食施設の名称又は所在地に変更があつた場合は、給食施設の名称欄及び給食施設の所在地欄については、変更後の事項を記入してください。
- 項目欄については、該当する□にレ印を付し、変更があつた事項について記入してください。
- 施設の構造を変更した場合は、平面図を添付してください。

特定給食施設事業休止（**廃止**）届

令和4年4月10日

豊田市長 様

設置者  
郵便番号 471-8501  
住所 豊田市西町3丁目60番地  
氏名 ○○事業所  
代表取締役 豊田 太郎  
電話番号 0565-○○-○○○○

特定給食施設を休止（廃止）したので、下記のとおり健康増進法第20条第2項の規定により届け出ます。

記

給食施設の名称	○○事業所		
給食施設の所在地	豊田市西町3丁目60番地		
事業休止（廃止）年月日	令和4年4月1日		
休止（廃止）理由	廃業したため。		
事業再開予定年月日	年	月	日
給食管理担当部課名等	部課名 ○○課	担当者氏名 豊田 花子	電話番号 0565-○○-△△△△

備考 事業再開予定年月日欄は、事業を休止した場合に記入してください。