

4つのうちいずれかをご記載ください。
 ① 東讃 ② 小豆
 ③ 中讃 ④ 西讃

給食施設設置届出書

香川県 保健所長 殿

年 月 日

設置者の情報を記載してください。

届出者 住所
 氏名
 (法人にあっては、その名称及び代表者の氏名)

給食施設を設置したので、香川県特定給食施設等指導要綱第4条第2項の規定により届け出ます。

給食施設	所在地	〒 ー		
	電話番号 ()			
	名称			
設置者	住所又は主たる事務所の所在地	〒 ー		
	電話番号 ()			
	氏名又は名称及び代表者の氏名	開始前に提出される場合は、開始予定日をご記入ください。		
給食の開始年月日	年 月 日			
施設の種類	施設の種類については、次の13種類のうちから選んで記入してください。 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(具体的に記載)			
1日の予定給食数	朝食	昼食		
管理栄養士	人 栄養士		人	

備考 給食の開始の日から1月以内に届け出てください。

第2号様式

(日本産業規格A列4番)

4つのうちいずれかをご記載ください。

- ① 東讃 ② 小豆
- ③ 中讃 ④ 西讃

給食施設届出事項変更届出書

香川県 保健所長 殿

年 月 日

設置者の情報を記載してください。

届出者 住所
氏名

(法人にあっては、その名称及び代表者の氏名)

給食施設の届出事項に変更を生じたので、香川県特定給食施設等指導要綱第4条第2項の規定により届け出ます。

給食施設	所在地	〒 —
	電話番号 ()	
名称		
設置者	住所又は主たる事務所の所在地	〒 —
	電話番号 ()	
氏名又は名称及び代表者の氏名		
変更事項	<p>第1号様式の届出事項に変更が生じた場合、変更した事項を記載してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 給食施設の名称(※1) ② 給食施設の所在地 ③ 設置者の氏名(※1)(法人にあっては施設の設置者の名称もしくは代表者の氏名) ④ 設置者の住所(法人にあっては主たる事務所の所在地) ⑤ 施設の種類 ⑥ 給食の開始日又は開始予定日 ⑦ 1日の予定給食数及び各食ごとの予定給食数(※2) ⑧ 管理栄養士及び栄養士の員数 	
変更前		
変更後		
変更年 月 日	年 月 日	

備考 変更の日から1月以内に届け出てください。

- ※1 別法人への事業譲渡の場合または設置者が個人で他人が相続した場合は、**給食施設事業休止(廃止)届出書(第3号様式)**及び新たな名称または設置者の氏名を記載した**給食施設設置届出書(第1号様式)**を提出する。
- ※2 「その他の給食施設」であるが、食数増加のため「特定給食施設」となる場合、「その他の給食施設」として、**給食施設事業休止(廃止)届出書(第3号様式)**を提出し、廃止した理由欄に食数増加に伴い特定給食施設に該当する旨を明記する。そして、「特定給食施設」として、**特定給食施設設置届出書(第1号様式(第2条関係))**を提出する。

第3号様式

4つのうちいずれかをご記載ください。

- ① 東讃 ② 小豆
- ③ 中讃 ④ 西讃

「休止」「廃止」のどちらかに○印をしてください。

(日本産業規格A列4番)

給食施設事業休止（廃止）届出書

香川県 保健所長 殿

設置者の情報を記載してください。

年 月 日

「休止」「廃止」のどちらかに○印をしてください。

届出者 住所
氏名

(法人にあっては、その名称及び代表者の氏名)

給食を休止（廃止）したので、香川県特定給食施設等指導要綱第4条第2項の規定により届け出ます。

給食施設	所在地	〒 ー
	電話番号 ()	
	名称	
設置者	住所又は主たる事務所の所在地	〒 ー
	電話番号 ()	
	氏名又は名称及び代表者の氏名	
休止（廃止）年月日		年 月 日
休止（廃止）した理由		
休止の場合は、再開予定年月日		年 月 日

備考 休止又は廃止の日から1月以内に届け出てください。

第4号様式

(日本産業規格A列4番)

4つのうちいずれかをご記載ください。
 ① 東讃 ② 小豆
 ③ 中讃 ④ 西讃

給食施設事業再開届出書

香川県 保健所長 殿

年 月 日

設置者の情報を記載してください。

届出者 住 所
 氏 名
 (法人にあっては、その名称及び代表者の氏名)

給食を再開したので、香川県特定給食施設等指導要綱第4条第2項の規定により届け出ます。

給 食 施 設	所 在 地	〒 ー
	名 称	電話番号 ()
設 置 者	住所又は主たる事務所の所在地	〒 ー
	氏名又は名称及び代表者の氏名	電話番号 ()
再 開 年 月 日		年 月 日

備考 再開の日から1月以内に届け出てください。