

年 月 日

給食施設設置者 住所

氏名

法人にあっては、主たる事務所の所在地、  
名称及び代表者の氏名

記

ふりがな 施設名称					
所在地	〒 _____ 仙台市 _____ 区				
電話番号					
FAX番号					
給食開始日又は 給食開始予定日	年 _____ 月 _____ 日				
施設種類	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・寮 10. 矯正施設                11. 自衛隊                   12. 一般給食センター 13. その他( _____ )				
1日の予定給食数	朝	昼	夕	計	その他( _____ )
	食	食	食	食	食
施設の定数	人				
管理栄養士等の員数	管理栄養士	栄養士	計		
	人	人	人		

(備考) 用紙の大きさは、日本工業規格A4版とする。