

記入例

届出事項等現況確認票及び送信票

健康政策課 健康戦略係 栄養士あて

Email: kenkousenryaku@city.toyonaka.osaka.jp

FAX 06-6152-7328

- 1、①届出書記載状況を確認し、②訂正の有無に○をつけ、「有」の場合、③現在の状況をご記入ください。

※必要に応じて、同封の「特定給食施設等届出事項変更届出書」(以下

- 2、④食数は、**3月分**の食数を記入してください。「変更届」の提出が必要と

⑤調理師の員数をご記入ください。問合せ時の担当者名等、連絡先

- 3、電子メールやFAX、郵送、保健所(中桜塚)の窓口のいずれかの方法

この欄を訂正した場合は
p.40の変更届出書を提出
してください。

訂正があれば変更届が必要です	項目	①届出書記載状況 (令和4年3月1日現在)	②訂正 の有無	③令和4年3月15日現在の状況	
訂正があれば変更届が必要です	施設の名称	とよなっかメ幼稚園	無・有		
	施設の所在地	豊中市中桜塚4-〇△- 〇△	無・有		
	施設の電話番号	06-6858-〇〇〇〇	無・有		
	設置者の氏名	豊 中 太 郎	無・有	豊 中 花 子	
	設置者の住所	豊中市中桜塚4-11-1	無・有		
	設置者の電話番号	06-6858-〇△〇△	無・有		
	栄養士の員数(※1)	0	無・有		
	管理栄養士の員数(※1) (栄養士数に含めない)	2	無・有		
変更届が必要な場合は 連絡をいたします。	食数(※2) 朝食	0	④3月分(3/1~3/15) の食数を記入します	食数(※2) 朝食	0
	昼食	200		昼食	150
	夕食	0		夕食	0
	その他	0		その他	0
	合計	200		合計	150
⑤ 調理師の員数(※1) 調理師免許をお持ちの方		2 3	整理番号 (記入不要)		

訂正がある場合は、
見え消しにして、正しい数字
を記入してください。

【注意点】この調査は、資格を使って業務を行っているかの、資格と

(※1)・栄養士、管理栄養士、調理師は常勤(労働時間週32時間以

・栄養士、調理師の資格を併せ持つ場合は、業務内容から判断し、

・施設内に勤務する委託業者の方も人数に含みます。

(※2)食数におやつは含みません。

担当者名 豊中 えいこ

電話番号 06-6858-〇〇〇〇

FAX 番号 06-6858-〇△△〇

メールアドレス toyonakkame@kame.com

今後記載いただいたメールアドレスに案内を送付します。