

年 月 日

高松市長 殿

設置者 住 所
氏 名

〔 法人にあつては、主たる事務所の所在地
並びに名称及び代表者の氏名 〕

電話番号

特定給食施設等事業再開届

次の特定給食施設等の事業を再開したので、届けます。

給食施設	名 称					
	所 在 地					
給食の再開日又は再開予定日	年 月 日					
1日の予定給食数	朝 食	昼 食	夕 食	その他 ()	計	
管理栄養士及び栄養士の員数	管理栄養士 人 栄養士 人					
備 考						

直営・委託の別なく、資格の職名で採用され、かつ、常勤している員数を記入してください。
注) 資格所有者であっても、調理員として採用されている場合は員数に含みません。

設置者と施設管理者の連絡先が異なる場合は、こちらに施設管理者の連絡先を記入してください