

(様式 5)

対象外施設報告書

年 月 日

西宮市保健所長 様

設置者

住所（法人の場合は主たる事務所の所在地）

〒

氏名（法人の場合は名称及び代表者氏名）

電話番号（ ） —

次の施設について、健康増進法第 24 条第 1 項の規定による栄養管理報告書の対象外施設（現在の提供食数が 1 回 20 食未満であり、今後数年間も 20 食以上になる見込みがない施設）である旨を報告します。

給食施設の名称	電話番号（ ） —
給食施設の所在地 〒	
給食施設の種類（該当する項目に☑） <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 矯正施設 <input type="checkbox"/> 一般給食センター <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 児童福祉施設 <input type="checkbox"/> 寄宿舍 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 社会福祉施設 <input type="checkbox"/> 事業所	
現在の提供食数 朝（ ）食 昼（ ）食 夜（ ）食 その他（ ）食 計（ ）食	
備考	