

特定給食施設運営状況票

年 月 日作成

施設名*				給食開始日	年	月	日		
所在地*	〒	電話	FAX	担当者	E-mail	責任者職・氏名	〈住所〉		
							設置者* 〈職〉		
							〈氏名〉		
							施設長 〈職〉		
連絡先 (施設側)	FAX	担当者	E-mail	部門管理者 (施設側)	〈所属〉		〈氏名〉	〈職〉	
								〈氏名〉	
								〈所属〉	
								〈氏名〉	
施設種類*	1 学校(公・私) 2 病院 3 介護老人保健施設 4 老人福祉施設 5 児童福祉施設 6 社会福祉施設	7 矯正施設 8 寄宿舍 9 事業所 10 介護医療院 11 その他 []	栄養管理者	〈所属〉	〈氏名〉		〈職種〉 管理栄養士・栄養士・調理師・その他	〈職〉	
								〈氏名〉	
								〈所属〉	
								〈氏名〉	
入院時食事療養(病院のみ) (I) (II)						食数*	〈職種〉 管理栄養士・栄養士・調理師・その他		
年齢クラス(保育園のみ) 歳～ 歳							食数計	職員食(再掲)	
定数	名 / 床				朝食				
対象	1 全員 2 一部(%)				昼食				
					夕食				
方式	1 単一食 2 選択食 3 カフェテリア				その他				
					計				
栄養士	1 いる 2 いない 3 巡回(回/月・年)				直営(人)		委託(人)		
					常勤*		非常勤	常勤*	非常勤
運営	1 委託 無 2 委託 有				管理栄養士*				
					栄養士*				
委託 (無は斜線)	委託内容 ☐ 献立作成 ☐ 調理 ☐ 盛付 ☐ 発注 ☐ 配膳 ☐ 洗浄 ☐ その他 []				調理師				
	委託事業者				調理作業員				
	所在地				合計				
	電話				所属				
記入者					職				
					氏名				
					電話				
					FAX				

< * の項目に変更があった場合は、変更届を提出する >

保健所記入欄

分類	1 特定給食施設 (1回300食以上 又は 1日750食以上)	管理栄養士必置指定	号 ・ 無
	2 特定給食施設 (1回100食以上 又は 1日250食以上)	指定	
3 その他の給食施設	入力: 済	施設番号: 小 ・ 本	

特定給食施設運営状況票〔記入要領〕

給食実施の状況について**全ての項目**にご記入ください。

特にわかりにくい項目について〔記入要領〕を示しました。

○数値は整数で記入する(範囲で記入しないこと)

○選択肢は○か✓で記入する

○*マークがある箇所が変更になった場合は、「給食届出事項変更届」を速やかに提出すること

①厚生部門（総務等）の担当者連絡先

②10その他の場合は種類を〔 〕に記入

③入院時食事療養費
…病院のみ記入
年齢クラス
…保育園のみ記入

④定数
病院は許可病床
それ以外は施設定員(入所定員)

⑤対象
一部の時は対象の何%を
想定しているかを記入

⑥方式
単一食：献立が1種類
カフェテリア：主食・主
菜・副菜ごとに選択可

⑦栄養士
いる：常勤のみ(1日8時
間、週5日以上勤務する
者)

特定給食施設運営状況票

施設名*	〒		給食開始日	年
所在地*	〒		設置者*	〈住所〉 〈氏名〉
① 連絡先 (施設側)	電話	FAX	⑨ 責任者職・氏名	施設長 〈氏名〉
② 施設種類*	担当者	E-mail	部門管理者 (施設側) 〈氏名〉	栄養管理者 〈氏名〉
1 学校(公・私)	7 矯正施設		〈所屬〉	〈職種〉 管理栄養士
2 病院	8 寄宿舍		〈所屬〉	〈氏名〉
3 介護老人保健施設	9 事業所		〈職種〉 管理栄養士	〈氏名〉
4 老人福祉施設	10 その他		〈所屬〉	〈氏名〉
5 児童福祉施設			〈職種〉 管理栄養士	〈氏名〉
6 社会福祉施設			〈所屬〉	〈氏名〉
③ 入院時食事療養費(病院のみ)	③ (I) (II)		⑩ 食数	食数計
年齢クラス(保育園のみ)	歳～ 歳		朝 食	職員食(再掲)
④ 定数	名 / 床		昼 食	
⑤ 対象	1 全員		夕 食	
⑥ 方式	2 一部() (%)		その他	
⑦ 栄養士	1 単一食		計	0
⑧ 委託	2 選択食			
⑨ 委託内容	3 カフェテリア			
⑩ 委託先	1 いる			
⑪ 委託先	2 いない			
⑫ 委託先	3 巡回(回/月・年)			
⑬ 委託先	1 委託 無			
⑭ 委託先	2 委託 有			
⑮ 委託先	委託内容			
⑯ 委託先	□献立作成	□調理	□盛付	
⑰ 委託先	□発注	□配膳	□洗浄	
⑱ 委託先	□その他 []			
⑲ 委託先	委託事業者			
⑳ 委託先	所在地			
㉑ 委託先	電話			

⑧委託
・有の場合は委託内容の該当項目に✓、所在地は本社所在地を記入
・無の場合は斜線を引く

⑨責任者職・氏名
設置者…施設を設置した者
法人の場合は、その名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名
〈例〉都立病院～東京都知事
事業所～代表取締役社長
施設長…〈例〉病院長○○
代表取締役○○
支店長○○
部門管理者…施設側の給食部門の責任者
〈例〉厚生部長○○○
栄養管理者・食品衛生責任者
所属は施設・委託会社どちらかわかるように記入
※空欄がないように

⑩食数(1日当たり)
・おやつは屋食の一部と考えるので食数としては計上しない
・補食はその他に計上する
・職員食がある場合は、再掲部分に記入する
・再掲なので、食数計に職員食を含める
*食数が大幅に変動がある場合は、変更届を出す

⑪給食従事者数
・非常勤にパートも含む
*管理栄養士・栄養士の「常勤」(直営・委託問わず)の合計の員数が変更した場合は変更届を出す

【様式ダウンロード方法】

1. 文京区HPよりサイト内検索で「特定給食」で検索
(URL: <https://www.city.bunkyo.lg.jp/hoken/kenko/eyo/kyushoku.html>)
2. 特定給食施設のページより、「特定給食施設運営状況票」をダウンロード
PDFとエクセル形式があります。

様式を変更しないこと。様式を変更した場合は、受理できないことがあります。

【提出方法】

片面 1部

電子申請、郵送、メール又は窓口持参

※FAXでは受理できません。

【提出・問い合わせ先】

文京区 文京保健所 健康推進課 栄養指導担当

住所: 〒112-8555 東京都文京区春日1-16-21

電話: 03-5803-1124(直通)

メール: b-eiyoun@city.bunkyo.lg.jp