

特定給食施設等事業実施状況報告書（社会福祉施設用）

年 月 日

福山市保健所長 様

施設の名称

所在地

管理者

(職名)

(名前)

電話

FAX

福山市健康増進法施行細則第5条及び、福山市特定給食施設等の指導等実施要領第5条の規定により、次のとおり給食事業実施状況を報告します。

施設の種類		1 社会福祉施設 2 その他 ( )						定員数 (人)						
組織 (給食部門の 位置付け)	部門	1 栄養部 2 事務部 3 その他 ( )												
	責任者	【職名】			【名前】									
1日当たりの 平均給食数 (食)	区分	朝	昼	夕	計	間食		給 食 従 事 者 数	区分	施設側(人)		委託側(人)		計
		午前	午後	常勤	非常勤	常勤	非常勤							
	職員等								管理栄養士					
	計								栄養士					
									調理師					
									調理員					
									その他の職員					
給食関係会議 (名称: )		【実施回数】 年・月 ( )回 【会議録】 有 無 【構成員】												
運営方法 委託の場合 (一部委託も含む)	委託先	【名称】 所在地 〒 TEL 委託内容: 献立作成 発注 調理 配膳 下膳 食器洗浄 ( )												
利用者の身体状況等の把握		1 身長 ( ) 回/週・月・年		2 体重 ( ) 回/週・月・年		3 その他 ( )		4 なし						
食事の管理と 評価	目標栄養量の 設定	1 あり 【方法】		2 なし										
	摂取量の調査	1 あり ( ) 回/週・月・年 【方法】		2 なし										
	調査後の対応等	1 あり ( ) 回/週・月・年 【方法】		2 なし										
献立作成	標準食品構成	1 あり 【基準日】 年 月 日		2 なし										
	個別対応	1 あり 【内容】		2 なし										

