

給食運営状況票

提出日

※黄色い部分を入力または選択してください。

2000/4/1										現在				
施設名	社会福祉法人〇〇会 〇〇保育園								施設種類	児童福祉施設				
所在地	〒 194-0021 東京都町田市								電話	042-〇〇〇-〇〇〇〇 042-〇〇〇-△△△△ (直通)				
	中町2-13-3								FAX	050-〇〇〇-〇〇〇〇				
設置者	氏名	社会福祉法人〇〇会 理事長 町田 太郎												
	住所	〒194-0021 東京都町田市中町2-13-3												
施設長	職名・氏名	園長 町田 まち子												
部門管理者	職名・氏名	管理栄養士 町田 みらい												
栄養管理者	氏名	町田 みらい							資格	管理栄養士				
食品衛生責任者	氏名	町田 みらい							資格	管理栄養士				
給食従事者数	直営		委託		定数	100 (名/床)	* 病院の場合 (内訳)							
	常勤	非常勤	常勤	非常勤			一般	療養	精神	結核	感染症	その他		
管理栄養士	1				予定 給食数		給食数	職員食	デイ	ショート	配食	その他	計	
栄養士	パートは非常勤 に含める		1				朝食							0
調理師			1				昼食	100	20				10	130
調理作業員			1				夕食							0
事務職員							その他							0
計	1	0	3	0			計	100	20	0	0	0	10	130
栄養士	いる													
給食方式	単一食													
対象	一部 (70)%													

【施設種類】

その他の場合は、右のセルに具体的な施設を入力

【資格名】

その他の場合は、右のセルに具体的な資格名を入力

栄養士が在籍しても、非常勤の場合は「いない」を選択

運営	委託										
委託内容 (クリックして✓を入れる)	☐ 献立作成 ☐ 発注 ☒ 調理 ☒ 盛付 ☒ 配膳 ☒ 食器洗浄 ☒ その他										食育の授業
委託先	〇〇株式会社 △△△										
所在地	〒 194-0021				東京都町田市中町〇-〇-〇						
担当者職名	事業部長					担当者氏名	町田 花子				
委託先電話	042-722-〇〇〇〇					委託先FAX	050-〇〇〇〇-△△△△				

その他の内容を記載してください

委託有の場合のみ、枠内を入力