

給食施設従事者研修会出席票

※可能な限り申込フォームからのお申込みをお願いします。

**申込フォーム用
QRコード**
※QRコードは(株)デンソーウェブの登録商標です



施設名	_____
電話	_____
記入者	_____

(1)施設の種類の□にチェックを入れてください。

- 学校 幼稚園・幼稚園型認定こども園 病院 診療所 介護医療院
- 介護老人保健施設 老人福祉施設 その他の児童福祉施設
- 保育所・幼保連携型認定こども園 社会福祉施設 寄宿舍 矯正施設
- 認可外保育園 グループホーム その他

(2)施設の食数（規模）の□にチェックを入れてください。

- 指定施設
- 1回300食以上又は1日750食以上の食事を提供する施設（特定給食施設）
- 1回100食以上又は1日250食以上の食事を提供する施設（特定給食施設）
- 1回50食以上又は1日100食以上の食事を提供する施設（その他の給食施設）
- 上記の食数に満たない施設

(3)「特定給食施設設置届」提出の有無

- 有 無

(4)参加者氏名・受講番号・受講日・職種をご記入ください

※受講日・受講番号は別紙1の「令和8年度 給食施設従事者研修会 日程表」をご確認ください。

参加者氏名	受講番号	受講日	職種
フリガナ.....			
フリガナ.....			
フリガナ.....			

送付先：鹿児島市保健予防課 FAX 099-803-7026
 担当：池田・伊東・朝比奈