

(様式3)

優良特定給食施設推薦調書（施設用）

フリガナ 施設の名称					代表者 職・氏名			
施設の 所在地					代表者 本籍			
開設 年月日	組合加入 年月日				代表者 現住所			
現施設建築 年月日	営業年数		日		従業員数	人 〔うち栄養士 人〕	所轄保 健所名	保健所
監視 採点数	年	年	年	平均	経 歴			
	点	点	点	点	年月日	経 歴 概 要		
賞 罰 歴								
年月日	賞 罰 種 別		賞 罰 理 由					
業 績 の 内 容								

- 1 営業年数は、表彰日現在とする。
- 2 知事表彰は部長表彰（H22年度以降の岡山市長表彰）、部長表彰は保健所長表彰または県民局長表彰（岡山市、倉敷市は市長表彰）を受けていること。
- 3 栄養指導の実績状況、栄養管理への取り組み状況、食品衛生への対応状況のわかる資料を添付すること。