

(あて先) 下関市教育委員会

受託者



調理業務従事者変更報告書

このことについて、下記のとおり報告します。

記

- 1 施設名 下関市立豊田町学校給食共同調理場
- 2 調理業務従事者

区分	氏名	性別	年齢	電話	調理師資格		栄養士資格	
					有	無	有	無
変更前					有	無	有	無
変更後					有	無	有	無
変更前					有	無	有	無
変更後					有	無	有	無
変更前					有	無	有	無
変更後					有	無	有	無
変更前					有	無	有	無
変更後					有	無	有	無
変更前					有	無	有	無
変更後					有	無	有	無

- 3 上記調理業務従事者のうち変更後の各責任者については次のとおりです。

※業務責任者又は業務副責任者に変更があるときのみ

- (1) 業務責任者
- (2) 業務副責任者

- 4 添付書類：履歴書（写）、調理師免許（写）、栄養士免許（写）

・学校給食従事者個人別健康観察記録表

検印	場長	栄養士

氏名 _____ 年 _____ 月 _____

		月					火					水					木					金									
		月	火	水	木	金	月	火	水	木	金	月	火	水	木	金	月	火	水	木	金	月	火	水	木	金					
本人	① 下痢をしていない。																														
	② 発熱をしていない。 (検温済である)																														
	③ 腹痛をしていない。																														
	④ 嘔吐をしていない。																														
	⑤ 手指、顔面に傷はない。 (注1)																														
	⑥ 手指、顔面にできものはない。 (注1)																														
	⑦ 感染症の感染、またはその疑いはない。																														
家族健康状態	① 下痢をしていない。																														
	② 発熱をしていない。																														
	③ 腹痛をしていない。																														
	④ 嘔吐をしていない。																														
	⑤ 感染症の感染、またはその疑いはない。																														
衛生管理責任者 ⑧																															

(注1) 化膿性疾患が手指にある場合は調理作業に従事することを禁止し、直ちに医師の精密検査を受け、その指示を励行すること。

※項目で異常があった場合は、速やかに衛生管理責任者に報告し、指示を仰ぐこと。

様式第7号

作業工程表

担当者

令和 年 月 日()

献立名	担当者				衛生管理のポイント
担当					
7:30					
8:00					
8:30					
9:00					
9:30					
10:00					
10:30					
11:00					
11:30					



