

사회복지 급식소 등록신청서

※ 바탕색이 어두운 칸은 신청인이 작성하지 않으며, []에는 해당되는 곳에 √표시를 합니다.

접수 번호	접수일	발급일	처리 기간	7일			
신청인 (대표자)	성명(법인은 법인 명칭, 대표자의 성명 및 법인번호)		전화번호				
	주된 사무소의 소재지(법인의 경우만 해당)						
신청사항	사회복지급식소 명칭		설립 주체 [] 국영 [] 공영 [] 민영				
	소재지		전화번호				
	사회복지 급식소 유형	노인	<input type="checkbox"/> 노인주거복지시설 <input type="checkbox"/> 노인의료복지시설 <input type="checkbox"/> 노인여가복지시설 <input type="checkbox"/> 재가노인복지시설 <input type="checkbox"/> 기타				
		장애인	<input type="checkbox"/> 장애인거주시설 <input type="checkbox"/> 장애인지역사회재활시설 <input type="checkbox"/> 장애인직업재활시설 <input type="checkbox"/> 장애인의료재활시설 <input type="checkbox"/> 장애인쉼터 <input type="checkbox"/> 기타				
	현원	명	집단급식소 신고 여부	[] 예 [] 아니요			
	1일 급식 인원(명)	계	아침	점심	저녁	간식	기타
	종사자(명)	계	영양사	조리원	요양보호사	사회복지사	기타
	운영 형태	[] 직영 [] 위탁		위탁 형태	[] 위탁조리 [] 도시락 등 배달		
	위탁업체 (위탁한 경우만 해당)	업소명칭			대표자 성명		
		소재지					
전화번호				위탁일시			

「노인·장애인 등 사회복지시설의 급식안전 지원에 관한 법률」 제9조제1항 및 같은 법 시행규칙 제7조제1항에 따라 사회복지급식소 등록을 신청합니다.

년 월 일

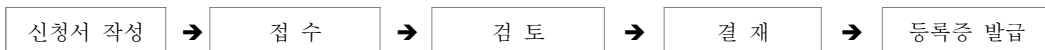
신청인

(서명 또는 인)

○○○어린이·사회복지급식관리지원센터장 귀하

첨부서류	없음	수수료 없음
------	----	-----------

처 리 절 차



신청인

처리기관 : 사회복지급식관리지원센터