【様式３】　調査対象数について

　調査対象数について把握をするため、県及び**市町村の御担当者様**におかれましては、以下の項目について御回答をお願いします。

　なお、公立病院については、市町村内に設置されていない場合、通知・回答は不要です。

　締　切　：　**令和２年５月29日（金）**

　送付先　：　ＦＡＸ ０１９－６５１－７１７２

　担　当　：　流通課　藤原・清水

|  |  |
| --- | --- |
| **区分** | □　学校給食□　認可保育所・認定こども園□　公立病院 |
| **市町村名** |  |
| **部署名** |  | **御担当者名** |  |
| **電話番号** |  | **メール** |  |
| **調査の通知先件数****（調査対象数）※** | 　　　　　　　　　　　　　　　件 |
| **調査の通知日** | 令和２年　　　　月　　　　日 |

※　例として、３つの学校を１つの給食センターで調理している場合、学校ごとに通知・回答する場合は３件、給食センターで３校分をまとめる場合には１件として報告願います。