入院時食事療養（Ⅰ）・入院時生活療養（Ⅰ）に係る報告書

保険医療機関コード	保険医療機関の名称

（令和５年７月１日現在）

１　運営形態	□　直営 □　委託　（委託先：　　）
２　特別メニューの実施状況	□　有　　（患者から徴収する金額：　　円） □　無
３　管理栄養士等の数	（１）管理栄養士　　名　（　常勤、非常勤　） （２）栄養士　　名 （３）調理師　　名 （４）給食業務従事者　　名

〔記載上の注意〕

１　該当する項目について、□に「レ」印を付けるとともに、名称及び人数等を記入してください。

２　「特別メニューの実施状況」欄について、入院患者から特別の料金の支払を受けて提供する食事がある場合は有、ない場合は無の□に「レ」印を付けてください。