

健康福祉センター名

災害時給食施設相談対応記録票

No.						
受理日時	月	日	:	受理者	職種	氏名
施設名				相談者	職種	氏名
住所 連絡先						
相談内容						
対応日時	対応者	対応状況				
/						
:						
/						
:						
/						
:						

※ 給食施設からの問い合わせや相談に関する記録。当日に解決しない場合もあるので引き継ぎも兼ねる。