

様式第1号の2

作業工程表

久留米市立

小学校

令和 年 月 日 曜日

(手1) 標準的な手洗い (手2) 作業中手洗い (温) 中心温度確認記録 (エ) エプロン交換 (靴) 履物交換
(塩) 残留塩素測定 (袋) 使い捨て手袋使用 (汚) 二次汚染注意 (消) 器具の消毒

| 料理名 | 担当者名 | 8:00 | 8:30 | 9:00 | 9:30 | 10:00 | 10:30 | 11:00 | 11:30 | 12:00 | 12:20 |
|-----|------|------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| その他 | | | | | | | | | | | |

※作業開始前、汚染から非汚染作業区域に移動する場合には必ず標準的な手洗い(手1)を行うこと。

※汚染作業区域の矢印がない部分は野菜の下処理作業とする。

汚染作業区域

非汚染区域

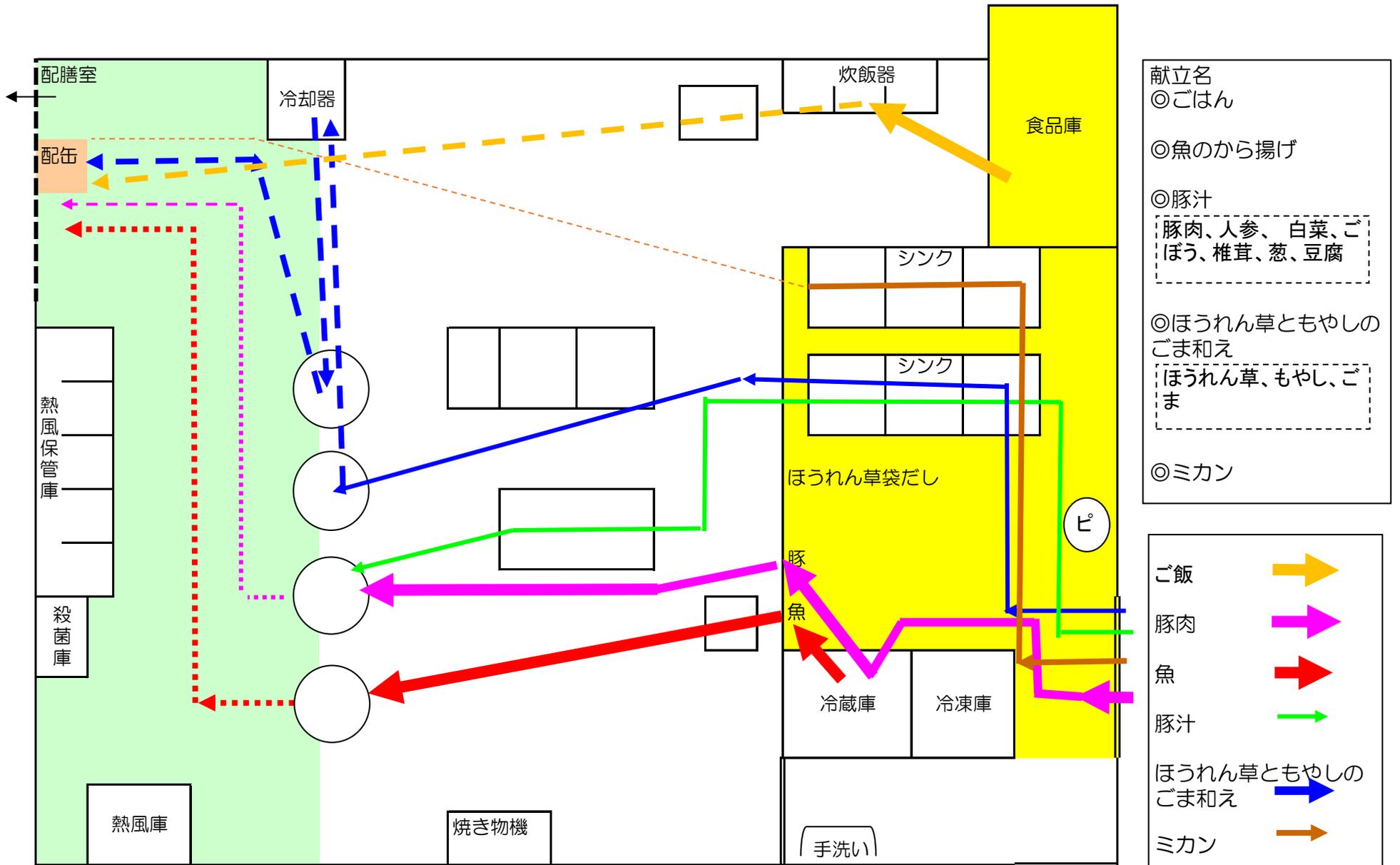
作業開始時刻

▼ 検食

喫食2時間前

※記入例

(施設ごとで施設のレイアウトが異なります。)



令和 年度年間給食計画表

久留米市立

学校

校 長

印

記入者

印

| 区 分 月 | 実 施 予定日数 ① | 予定食数 | | 予定食数（延べ） | | | 備 考 |
|----------|------------------|----------|----------|----------------|----------------|----------------|--------|
| | | 児 童 ② | 教職員 ③ | 児 童 ④ (①×②) | 教職員 ⑤ (①×③) | 合 計 ⑥ (④+⑤) | 学校行事など |
| 4月 | | | | | | | |
| 5月 | | | | | | | |
| 6月 | | | | | | | |
| 7月 | | | | | | | |
| 8月 | | | | | | | |
| 9月 | | | | | | | |
| 10月 | | | | | | | |
| 11月 | | | | | | | |
| 12月 | | | | | | | |
| 1月 | | | | | | | |
| 2月 | | | | | | | |
| 3月 | | | | | | | |
| 合 計 | | | | | | | |
| | 日 | 食 | 食 | 食 | 食 | 食 | |

学校給食日常点検表

学校名
校長名
作成者

検査日 令和 年 月 日
天気 外気温

調理前 調理中
温度
湿度

※学校栄養職員等の衛生管理責任者が毎日点検し、校長の検印を受け、記録を保存すること

Main inspection table with sections: 作業前 (健康状態, 施設・設備, 検収), 作業中 (下処理, 保存食, 調理時, 配食, 便所), 作業後 (配膳, 検食, 給食当番, 調理機器・器具・食器の洗浄・消毒, 残菜と廃品の処理, 食品庫). Includes checkboxes for various hygiene and safety protocols.

保存食の廃棄
月 日から 月 日分を廃棄

ネズミ、衛生害虫などの駆除の記録

様式第5号

令和 年 月 日

久留米市長 へ

受託者名

代表者名

印

健康診断結果報告書

このことについて、下記のとおり報告します。

記

1. 受診結果

(学校)

| 受診月日 | 受診者氏名 | 受診結果 | 備考 |
|------|-------|------|----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

2. 受診医療機関名

3. 添付書類

受診医療機関の結果報告書（写）

※実施後、速やかに市に提出すること。

久留米市立 学校 学校長 あて

受託者名

代表者名

印

細菌検査結果報告書(月分)

このことについて、下記のとおり報告します。

記

1. 受診結果

| 受診月日 | | 受診者氏名 | 受診結果 (該当するほうを○で囲む) | 備考 |
|------|-----|-------|-----------------------|----|
| 1回目 | 2回目 | | | |
| | | | 陰性 ・ 陽性 | |
| | | | 陰性 ・ 陽性 | |
| | | | 陰性 ・ 陽性 | |
| | | | 陰性 ・ 陽性 | |
| | | | 陰性 ・ 陽性 | |
| | | | 陰性 ・ 陽性 | |
| | | | 陰性 ・ 陽性 | |
| | | | 陰性 ・ 陽性 | |
| | | | 陰性 ・ 陽性 | |
| | | | 陰性 ・ 陽性 | |
| | | | 陰性 ・ 陽性 | |
| | | | 陰性 ・ 陽性 | |
| | | | 陰性 ・ 陽性 | |

2. 受診医療機関名

3. 添付書類

受診医療機関の検査報告書(写)

個人健康管理等表（令和 年度）

令和（ ）年（ ）月

| | |
|-----|--|
| 施設名 | |
| 氏名 | |

※ 出勤したら毎朝各項目について確認する。項目に該当する場合○を、該当していない場合×を記入し、×の場合は、下記の対応方法に記載する。

日常点検票には、全員分の健康管理等表を点検し、点呼確認して記録する。

| 日・曜日 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|------|----|-----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | | 確認項目 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 健康状態 | 1 | 下痢をしていない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2 | 発熱、腹痛、嘔吐をしていない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3 | 本人または同居者に感染症又はその疑いはない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 4 | 感染症またはその疑いがある場合は医療機関を受診している | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 5 | 手指・顔面に外傷等はない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6 | 手指・顔面に化膿性疾患はない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 服装等 | 7 | 調理衣・エプロン・マスク・帽子は清潔である | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 8 | 履物は清潔である | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 9 | 適切な服装をしている | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 10 | 爪は短く切っている | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

対応方法

| 日 | 項目 | 対応方法（作業内容について具体的に） | 対応指示者 |
|---|----|--------------------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| 日 | 項目 | 対応方法（作業内容について具体的に） | 対応指示者 |
|---|----|--------------------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

様式第8号

令和 年 月 日

久留米市長 あて

受託者名

代表者名

印

従事者健康状態報告書

このことについて、下記のとおり報告いたします。

記

| | | |
|------------------------|-------|----|
| 学校名 | 久留米市立 | 学校 |
| 発覚日時 | | |
| 従事者名 | | |
| 発覚の経過 及び原因 (詳細に) | | |
| 対応策 (具体的に) | | |

※発覚後、速やかに市に提出すること

※提出の流れ・・・受託者（1部提出）→市（原本保管）→学校（写し保管）

学校保健課受付

久留米市長 あて

受託者名

代表者名

印

業 務 従 事 者 報 告 書

このことについて、下記のとおり報告します。

記

1. 業務従事者

(学校)

| 氏名 | 性別 | 年齢 | 住所 | 資格の種類 | 健診結果 | 正規職員 | 勤務形態 | 勤務時間 (休憩除く) | 連絡先 |
|----|----|----|----|-------|------|------|-------|----------------|-----|
| | | | | 調・栄 | | | 常・パ・代 | | |
| | | | | 調・栄 | | | 常・パ・代 | | |
| | | | | 調・栄 | | | 常・パ・代 | | |
| | | | | 調・栄 | | | 常・パ・代 | | |
| | | | | 調・栄 | | | 常・パ・代 | | |
| | | | | 調・栄 | | | 常・パ・代 | | |
| | | | | 調・栄 | | | 常・パ・代 | | |
| | | | | 調・栄 | | | 常・パ・代 | | |
| | | | | 調・栄 | | | 常・パ・代 | | |
| | | | | 調・栄 | | | 常・パ・代 | | |

- ※ 年齢は、報告年度の4月1日現在のものを記載すること。
- ※ 資格の種類は、取得している資格を○で囲むこと。
- ※ 健診結果は、1年以内に受診した結果であって、従事に支障が無い場合○印を記載すること。
- ※ 正規職員には○印を記載すること。勤務形態は、常勤・パート・代替の区分に○印を記載すること。
- ※ 勤務時間は休憩時間を除く時間数を記載のこと

2. 業務従事者のうち各責任者

- (1) 業務責任者 . . .
- (2) 業務副責任者 . . .
- (3) 食品衛生管理者 . . .

3. 添付書類 (該当する記号を○で囲むこと)

- ア. 健康診断書 (最新の検査機関結果の写し) イ. 細菌検査結果 (最新の検査機関結果の写し)
- ウ. 給食調理業務等経歴書兼誓約書 (様式第15号) または履歴書 (写)
- エ. 調理師免許 (写) オ. 栄養士免許 (写)

※提出の流れ . . .

受託者 (1部提出) → 市 (原本保管) → 学校 (写し保管)

学校保健課受付

久留米市長 あて

受託者名

代表者名

印

業務従事者変更報告書（その1）

このことについて、下記のとおり報告します。

記

1. 変更理由（該当する記号を○で囲むこと）

ア. 退職のため

イ. 異動のため（ 学校→ 学校）

ウ. 増員のため

エ. その他（詳細な理由： ）

2. 業務従事者

（ 学校）

| 氏名 | 性別 | 年齢 | 住所 | 資格の種類 | 健診結果 | 正規職員 | 勤務形態 | 連絡先 | 摘要 | 変更月日 |
|----|----|----|----|---------|------|------|------|-----|----|------|
| | | | | 調理師・栄養士 | | | | | | |
| | | | | 調理師・栄養士 | | | | | | |
| | | | | 調理師・栄養士 | | | | | | |
| | | | | 調理師・栄養士 | | | | | | |

※ 年齢は、報告年度の4月1日現在のものを記載すること。

※ 資格の種類は、取得している資格を○で囲むこと。

※ 健診結果は、1年以内に受診した結果であって、従事に支障が無い場合○印を記載すること。

※ 正規職員には○印を記載すること。勤務形態は、常勤・パート・代替の区分を記載すること。

※ 摘要の欄には、退職、採用等を記入すること。

3. 添付書類（該当する記号を○で囲むこと）

ア. 健康診断書（最新の検査機関結果の写し）

イ. 細菌検査結果（最新の検査機関結果の写し）

ウ. 給食調理業務等経歴書兼誓約書（様式第15号または履歴書（写）

エ. 調理師免許（写） オ. 栄養士免許（写）

※当初提出した業務従事者報告書の内容に変更が生じた場合、その都度報告すること。

※提出の流れ・・・受託者（1部提出）→市（原本保管）→学校（写し保管）

学校保健課受付

久留米市長 あて

受託者名

代表者名

印

業務従事者変更報告書 (その2)

このことについて、業務従事者変更報告書 (その1) の結果、下記のとおりとなるので報告します。

記

1. 業務従事者

(学校)

| 氏名 | 性別 | 年齢 | 住所 | 資格の種類 | 健診結果 | 正規職員 | 勤務形態 | 勤務時間 (休憩除く) | 変更日 |
|----|----|----|----|-------|------|------|-------|----------------|-----|
| | | | | 調・栄 | | | 常・パ・代 | | |
| | | | | 調・栄 | | | 常・パ・代 | | |
| | | | | 調・栄 | | | 常・パ・代 | | |
| | | | | 調・栄 | | | 常・パ・代 | | |
| | | | | 調・栄 | | | 常・パ・代 | | |
| | | | | 調・栄 | | | 常・パ・代 | | |
| | | | | 調・栄 | | | 常・パ・代 | | |
| | | | | 調・栄 | | | 常・パ・代 | | |
| | | | | 調・栄 | | | 常・パ・代 | | |
| | | | | 調・栄 | | | 常・パ・代 | | |

- ※ 年齢は、報告年度の4月1日現在のものを記載すること。
- ※ 資格の種類は、取得している資格を○で囲むこと。
- ※ 健診結果は、1年以内に受診した結果であって、従事に支障が無い場合○印を記載すること。
- ※ 正規職員には○印を記載すること。勤務形態は、常勤・パート・代替の区分を記載すること。
- ※ 変更月日には、年度当初提出した『業務従事者報告書』から変更になった者のみ変更月日を記載すること。

2. 業務従事者のうち各責任者

- (1) 業務責任者 . . .
- (2) 業務副責任者 . . .
- (3) 食品衛生管理者 . . .

※当初提出した業務従事者報告書の内容に変更が生じた場合、その都度報告すること。
 ※提出の流れ . . . 受託者 (1部提出) → 市 (原本保管) → 学校 (写し保管)

学校保健課受付

様式第11号

令和 年 月 日

久留米市長 あて

受託者名

代表者名

印

研 修 実 施 報 告 書

このことについて、下記のとおり研修を実施しましたので報告します。

記

1. 日 時 令和 年 月 日 ()

2. 受講者名

| 受講者氏名 | 学校名 | 受講者氏名 | 学校名 |
|-------|-----|-------|-----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

3. 研修テーマ (目的)

4. 研修概要

※研修内容がわかる資料を添付すること。

※実施後、速やかに市に提出すること。

※提出の流れ・・・受託者 (1部提出) →学校 (写し保管) →市 (原本保管)

学校受付印

様式第13号

令和 年 月 日

久留米市長 あて

受託者名

代表者名

印

業 務 完 了 届

このことについて、令和 年 月分の久留米市立学校給食調理等業務について、下記のとおり完了しましたので報告します。

記

1. 業務場所 久留米市立 学校
2. 業務内容 別紙『業務完了確認書』のとおり

※提出の流れ・・・

受託者（1部提出）→学校（業務完了確認書とともに写しを保管）→市（報告書の原本のみ保管）

学校
受付
印

様式第14号

令和 年 月 日

久留米市長 あて

受託者名

代表者名

印

事 故 報 告 書

このことについて、下記のとおり報告いたします。

記

| 区 分 | 事 故 内 容 等 | | |
|------------------------|--------------------|-------------|------------------------|
| 業務名 | 久留米市立 | 学校給食調理等業務委託 | |
| 発生日時 | | | |
| 発生場所 | | | |
| 人又は施設 設備の区分 | (人の場合) 住所 氏名 | 性別 | 年齢 (施設・設備の場合) 名称 |
| 事故の経過 及び原因 (詳細に) | | | |
| 改善策 (具体的に) | | | |
| 学校長所見 | | | |

※発生後、速やかに市に提出すること。

久留米市長 あて

受託者名

代表者名

印

集団給食業務等経歴書兼誓約書

このことについて、下記のとおり報告します。また、下記報告内容について、疑義が生じた場合、当該経歴書の作成に使用した履歴書等を提出することを誓約いたします。

記

1. 業務従事者名

| | |
|-------|--|
| 氏名 | |
| 住所 | |
| 緊急連絡先 | |

2. 当該従事者の給食・食堂等経歴

| 年/月 ~ 年/月 | 施設名 | 形態 | 委託先 |
|-----------|-----|------------------|-----|
| ~ | | 食堂・給食・ その他() | |

※形態については該当するものを○で囲むこと

3. 資格の取得

| 取得年月日 | 資格の種類 |
|-------|-------|
| | |
| | |
| | |
| | |

※ 様式第8号または第9号に併せて提出すること。ただし、履歴書の写しを添付する場合不要です。

学校給食調理等業務巡回指導報告書

| | |
|-----|--|
| 実施日 | |
| 学校名 | |
| 業者名 | |
| 実施者 | |
| 献立名 | |

| |
|---------|
| 受付印（学校） |
| |

| |
|------------|
| 受付印（学校保健課） |
| |

業者 → 学校（写保管） ⇒ 学校保健課
（巡回指導者→業務責任者）

| 区分 | 作業状況等 | 指導事項等 | 備考（改善状況等） |
|-----|-------|-------|-----------|
| 〔 〕 | | | |
| 〔 〕 | | | |
| その他 | | | |

※注1 「区分」は、巡回指導した内容「調理作業管理」、「食材管理」、「衛生管理」、「施設管理」に応じて記載してください。

※注2 「区分」の欄が不足する場合は、「2枚に記載する」、「別紙に記載する」などして、提出してください。