



様式 5

## 検 査 記 録 書 (A T P 拭き取り検査器)

提出日 平成 年 月 日

学校（共同調理場）名：

代表者名：

所在地：

電話番号：

給食数：

調理従事者数：

※ 検査結果は次のとおりです。

検査実施者名 \_\_\_\_\_

実施年月日	平成	年	月	日	午前・午後	時	分
天候	施設内温度			℃	施設内湿度 %		
番号	検体名	拭取箇所	使用状況	測定値	備考		
例	果物用調理台	下処理室	使用前	5,564	消毒前		
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

様式 6

提出日 平成 年 月 日

(財) 福島県学校給食会会長 様

学校（共同調理場）名

所在地

代表者名

印

### バイキング給食、テーブルマナー給食実施報告書

このことについて、下記のとおり実施しましたので報告いたします。

#### 記

- 1 実施月日 平成 年 月 日 ( )
- 2 実施校
- 3 給食人員 合計 \_\_\_\_\_ 人 ( 学年)  
内訳 (児童・生徒 人)  
(教職員 人)  
(その他 人)

#### 4 概要

(1) 児童生徒の反応

(2) バイキング給食、テーブルマナー給食の今後の取り組み

(3) 献立内容 (メニュー集を作成しますので、出来るだけ記入してください。)