様式第２号（第６条関係）

　　　年　　月　　日

事 業 計 画 書

|  |
| --- |
| １　事業主体 |
|  | フリガナ |  |
| 団　体　名 |  |
| フリガナ |  |
| 代表者氏名 |  |
| 郵便番号 | 　　　－　　　　 |
| 住 所 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| ２　事務連絡先（日中に連絡が取れる連絡先を記入してください。） |
|  | フリガナ |  |
| 担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| e-mail |  |
| ３　子ども食堂・地域食堂の事業内容 |
|  | 食堂の名称 |  |
| 開設場所 |  |
| 開始(予定)日 |  |
| 対象地域 |  |
| １回当たり食事提供数(見込み) | 子ども大　人 |
| 料金設定(参加者負担金) | ※複数料金を設定している場合は、詳細に記入してください。有料（　　　　　　　　）円　・　無料 |
| 世代間交流及び学習支援の実施の有無 | 世代間交流・学習支援の実施　　　　　　　　　　　　　　　　　　有　　・　　無その内容 |
|  | 実施スケジュール※申請年度内のすべてのスケジュールを記載すること。 | 月 | ４月 | ５月 | ６月 | ７月 | ８月 | ９月 |
| 回数 |  |  |  |  |  |  |
| 月 | １０月 | １１月 | １２月 | １月 | ２月 | ３月 |
| 回数 |  |  |  |  |  |  |
| 合　計 | 回 |
| 運営スタッフの体制（１回当たりのスタッフ数、各スタッフの役割等） |  |
| 居場所の機能としての取り組み |  |
| 食品衛生管理の体制※食品衛生担当者の氏名を記入してください。また、指定されたことを確認できる書類の写しを提出してください。 | 食品衛生管理体制食品衛生担当者氏名等　氏名　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　保健所への営業許可届出　　　　要　　　・　　　不要保健所の指導・助言内容 |
| 参加者の安全管理体制の取り組み |  |
| 傷害保険の加入状況 |  |
| 参加者募集の方法 |  |
| ４　次年度以降、事業継続していくための運営方針や取り組み予定 |
|  | ①運営経費の確保 |  |
| ②参加者の確保策 |  |
| ③スタッフの確保策 |  |
| ④食材の確保策 |  |
| ⑤開催場所の確保 |  |