

患者給食受託責任者認定書再発行願

(F A X不可)

申請者氏名 _____ 印 _____

1.現在会社に勤務されていない方は、個人での申請となります。申請者氏名にお名前を記入して下さい。

2.会社名は未記入になります。

3.氏名変更の場合は、新姓で申請して下さい。

連絡先 T E L _____ F A X _____

会社名 _____ 印 _____ } 会社に勤務されている方は、会社からの申請を
 会社担当者名 _____ } お願いします。

連絡先 T E L _____ F A X _____

(1)	氏 名	ふりがな
	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	認 定 番 号	
	認定年月日	昭和・平成 年 月 日
(2)	再発行の理由等 〔 該当欄□にチェック をいれてください。 〕	<input type="checkbox"/> 氏名変更
		ふりがな (必須)
		新 姓
		改姓年月日 (元号) 平成 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 紛 失 理由 :
	<input type="checkbox"/> 誤記載 ((1) をご記入のうえ誤記載部分に下線をひいて下さい)	

注意) 手続きに必要な下記の書類を添付して下記住所へご郵送ください。

氏名変更: ①旧姓から新姓になったことが確認できる書類(例:運転免許証(但し、運転免許証で旧姓から新姓に変更になったことが確認できない場合、もしくは運転免許証を持っていない方は戸籍抄本(いずれもコピー可(A4サイズ)、健康保険証不可。)) ②認定書(原本)、③返信用封筒(A4サイズ)

紛失: ①運転免許証・住民票・健康保険証のいずれか(いずれもコピー可(A4サイズ)) ②返信用封筒(A4サイズ)

誤記載: ①運転免許証・住民票・健康保険証(ただし氏名誤記載の場合は保険証不可)のいずれか(いずれもコピー可(A4サイズ)) ②認定書(原本)

送付先: 〒101-0044 東京都千代田区鍛冶町1-6-17 フォルテ神田5階

(公社) 日本メディカル給食協会

T E L 0 3 - 5 2 9 8 - 4 1 6 1