

患者給食受託責任者認定書再発行願

申請者氏名 _____ ㊟ (現在会社に勤務していない有資格者氏名)

※下記「会社名」記入不要、枠内(1)現登録内容および(2)申請事項をご記入下さい。

連絡先TEL _____ FAX _____

会社名 _____ ㊟ (現在会社に勤務している有資格者の会社記入)

会社担当者名 _____ ※下記枠内(1)現登録内容および(2)に申請事項を記入

連絡先TEL _____ FAX _____

(1) 現 登 録 内 容	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) 申 請 事 項	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 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 紛 失
		<input type="checkbox"/> 誤記載 ※上記(1)にご記入の上、誤記載部分に下線をひいて訂正して下さい

<申請方法> 手続きに必要な書類を添付して協会へご郵送ください(FAX 申請不可)。

[氏名変更]: ①旧姓から新姓になったことが確認できる本人確認書類の写し
(運転免許証、戸籍抄本・謄本、健康保険証等の写し いずれか1つ)

②認定書(原本)、③返信用封筒(切手貼付・A4サイズ)

[紛失]: ①本人確認書類の写し(運転免許証、住民票、健康保険証等 いずれか1つ)

②返信用封筒(切手貼付・A4サイズ)

[誤記載]: ①本人確認書類の写し(運転免許証、住民票、健康保険証等 いずれか1つ)

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
TEL 03-5298-4161