**太枠内を漏れなく入力してください。** **別紙（４―１）**

受講番号

※ 生年月日のみ和暦、それ以外は西暦記入

 **受講申込書・受講資格証明書** （2020.03改）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講希望会場 | ※右記より選択してください。➤ | 会場を選択してください。 | **会員専用** |
| ふりがな |  | 生年月日（和暦を選択） | 和暦選択 | 年 | 月 | 日 |
| 受講申込者氏名 |  |
| **患者給食業務従事歴**　　　※　老健の場合は施設の名称欄に必ず（老健）と記入してください。 |
| 施設の名称 | 住　所（市町村まで） | 種　　別(病・診・老健) | 勤務期間（西暦。現在も従事中の場合「至現在」と記入） | 勤務年数 |
|  |  | 種別を選択してください。 | 自至 | 年年　　　　 | 月月 | 年 | ヵ月 |
|  |  | 種別を選択してください。 | 自至 | 年年　　　　 | 月月 | 年 | ヵ月 |
|  |  | 種別を選択してください。 | 自至 | 年年　　　　 | 月月 | 年 | ヵ月 |
|  |  | 種別を選択してください。 | 自至 | 年年 | 月月 | 年 | ヵ月 |
|  |  | 種別を選択してください。 | 自至 | 年年　　　　　 | 月月 | 年 | ヵ月 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**合　　　計 ①　→** | 年 | ヵ月 |
| **（１）管理栄養士・栄養士**の資格を取得している者は記入してください。（管理栄養士は栄養士欄の記入不要） |
| 資格別(管理栄養士・栄養士の選択) | 免許番号 | **【栄養士のみ記入】** 都道府県名 | 取得年月日 （西暦） |
| 資格を選択してください | 第 |  | 号 |  | 年 | 月 | 日 |
| **【栄養士のみ記入】** | 学校名　 | **【栄養士のみ記入】** 卒業年月 （西暦） |
| 資格を取得した学校・養成施設 | 年 | 月 | 日 |
| **（２）**　**調理師**の資格を取得している者は記入してください。（調理師免許取得後　要２年以上。２年未満は下欄（３）又は（４）学校名・卒業年月を記入） |
| 資格別 | 免許番号 | 都道府県名 | 取得年月日 （西暦） |
| 調理師 | 第 |  | 号 |  | 年 | 月 | 日 |
| 1. **高校卒業以上**で患者給食業務歴**３年以上従事**した者は記入してください。
 | 卒業年月 （西暦） |
| 学校名　 | 年 | 月 |  |
| **（４）**　**中学卒業以上**で、患者給食業務に**１０年以上従事**した者は記入してください。 | 卒業年月 （西暦） |
| 中学校名　 | 年 | 月 |  |
| 上記の社員の記入内容について相違ないことを証明し　　　患者給食受託責任者資格認定講習会を受講したいので、受講者の本人確認書類(写)を添付して申し込みます。　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 　　　　　　　公益社団法人 日本メディカル給食協会　　殿　 | 会社住所　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 会 社 名　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　**㊞**代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者TEL　　　　　　　　　　　／FAX　　　　　　　  | 受講資格適　　号 |
| 承認印 |
|  |
| 不　適 | （１）□ 患者給食業務歴無　　　 （３）□ 業務歴　 　カ月不足（２）□ 新卒受講不可(栄養士)　　　　　 | 書類不備 | □ 本人確認書類　未□ 申込書　非原本□ 社印　未 | 会社連絡 | 済　・　未 |

※　作成後再度内容確認のうえ、印刷・会社印押印し本人確認書類写しを添付してご郵送ください。