**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。