

日メ協第7号

2020年3月19日

関係各位

公益社団法人 日本メディカル給食協会

会長 山本 裕康

(一財)医療関連サービス振興会指定患者給食
受託責任者資格認定講習会の開催について

2020年度の標記講習会を、別添「実施要綱」に基づき開催することといたしましたので、ご連絡申し上げます。

申込み手続きにつきましては、別添「実施要綱」及び「受講申込みにあたっての留意点」（別紙5）を十分に参照のうえ、記入誤りのないようご留意ください。

なお、各会場の定数の関係もあり、受講予定者数に達した場合は締切日前であっても受付を締め切らせていただきますので、あらかじめ御承知くださいますようお願い申し上げます。

また、受講票発送のスケジュール上、申込締切日を厳守されますようよろしくお願い申し上げます。

2020年度

(一財)医療関連サービス振興会指定
患者給食受託責任者資格認定講習会
実施要綱(案)

1. 趣 旨

患者給食の業務委託においては、病院と受託者間の円滑な運営を維持するため、受託側に相当の知識及び経験(下記)を有する受託責任者を配置することが定められています。(医療法施行規則第9条の10第1号)

このため当協会では相当の経験を有する者(下記2の受講資格)を対象に、相当の知識を習得するためのカリキュラムによる講習会を開催し有資格者の養成及び認定を行っております。

相当の知識とは下記の事項に関する知識が規定されています。(平成5年2月15日健政発第98号局長通知)

- ① 病院の社会的役割、病院の組織、医療従事者の資格と業務
- ② 病院の栄養部門の現状と病院内のその他の組織との連携
- ③ 疾病の診療と患者等の食事の提供の役割及び治療食の必要性
- ④ 栄養指導の重要性
- ⑤ 病院における患者等に対するサービスの意義と食事の提供サービスの課題
- ⑥ 栄養管理と食事の提供の評価
- ⑦ 食品衛生と労働安全衛生
- ⑧ HACCPに関する専門的知識

なお、(一財)医療関連サービス振興会の「医療関連サービスマーク」認定申請の要件として、当協会では資格認定した受託責任者を配置することが定められていますのでご注意ください。(但し、医療法施行規則においては必ずしも有資格者ではなく、同等の知識を持つ者と定められています。)

2. 受講資格

当協会では相当の経験の規定(平成5年2月15日健政発第98号局長通知)と(一財)医療関連サービス振興会の医療関連サービスマーク認定要件に基づき、次の(1)～(4)の受講資格で審査をします。

- (1) 管理栄養士または栄養士の資格を有し、患者給食業務に従事した経験を有する者(栄養士の場合、新卒者を除く)
- (2) 調理師資格を取得後、通算2年以上患者給食業務に従事した経験を有する者

(3) 学校教育法に基づく高等学校卒業以上の学歴を有し卒業後、患者給食業務に通算3年以上従事した経験を有する者

(4) 前各号と同等以上の学歴及び技能を有するものとして患者給食受託責任者資格認定委員会が認めた者（学校教育法に基づく中学校卒業以上の学歴を有し卒業後、患者給食業務に通算10年以上従事した経験を有する者）

文中の「患者給食業務」とは、病院・診療所・介護老人保健施設の3つの施設、またはこれらの施設の給食を調理しているセントラルキッチンでの経験に限定します。それ以外の社会福祉施設（特別養護老人ホーム等）は、医療法で医師の常駐が義務づけられていないため、この場合の患者給食業務（医師のもとでの食事提供業務）とはみなさず対象となりません。

3. 講習内容 別紙（1）

- (1) 講 義 2日間
- (2) 演 習 1ヶ月（通信教育）

4. 開催期間

6月2日（火）～ 6月26日（金）

5. 講義会場、日時、受講予定者数・・・別紙（2）

別紙（2）と会場地図については、後日送付する受講票と一緒に各受講生に必ずお渡し下さい。

6. 申請受付期間

4月1日（水）～ 4月15日（水）（必 着）

7. 修了証明及び認定書・・・別紙（3）

8. 受講料 1人 27,500円（教材費を含む、消費税込み）

会員会社は教材費等を協会が負担しますので、6,600円

（但し、会員会社に勤務していても個人受講の場合は27,500円）

※ 受講料のお支払いについては、後日請求書・払込取扱票（郵便局専用）を郵送いたしますので、期限までにお振込みください。

9. 申請手続

(1) 提出書類

① 受講申込書・受講資格証明書

別紙(4-1)、別紙(4-2)

※「受講申込みにあたっての留意点(別紙5)」を熟読し、「申込書記入例」参照のうえご記入ください。

② 本人確認書類の写し(いずれか一つ、ご準備ください)

健康保険被保険者証、運転免許証、戸籍謄本・抄本、個人番号カード(=マイナンバーカード)等

※ 個人番号通知カードは不可

(2) 提出先

〒101-0044

東京都千代田区鍛冶町1丁目6番17号 フォルテ神田5階

公益社団法人 日本メディカル給食協会

患者給食受託責任者資格認定講習会事務局

TEL 03-5298-4161

FAX 03-5298-4162

10. 受講資格審査結果通知

(1) 5月中旬に郵送

(2) 受講申込者の取消連絡は、5月7日(木)までとします。

【ご参考】受講申込書・受講資格証明書は協会HPの『お知らせ』よりWORD形式のファイル入手できます。そちらもご活用ください。

なおご利用にあたっては、WORD形式ファイルの変更はしないでください。

また、入力内容を再度確認のうえ、印刷し会社印を押印して協会まで必ず郵便で送付してください。(メール・FAXでの受理はできません)

講習会教科内容(予定)

教科科目	時間	教科内容
第Ⅰ章 患者給食業務委託に関する法規等について	9	医療制度の現状 病院の社会的役割と組織 医療従事者の資格と業務 栄養部門の現状と他部門との連携 診療報酬制度と点数表 入院時食事療養費制度 病院における患者等に対するサービスの意義 患者等への食事提供業務の意義と課題 患者等への食事提供業務委託の概要 医療法に定める委託基準について 受託給食契約書からの計画と運営 介護保険制度の概要
第Ⅱ章 衛生管理・健康安全管理について	9	食品の衛生管理の重要性 衛生管理システム（GMP、HACCP等） 施設・設備の衛生管理 調理作業の衛生管理 食材及び食品の保管の衛生管理 食中毒の予防 院外調理 危機管理体制 職場の健康と安全 健康診断と管理 感染症の予防・対応 労働対策 労働安全衛生法等労働関係法規 日常的な健康の自己管理
第Ⅲ章 栄養・食事管理について	9	栄養管理の重要性 栄養評価 栄養補給法 食事管理 薬と食事の相互作用 特別用途食品 保健機能食品制度 栄養食事指導 主な疾患の食事療法 介護施設における栄養管理 これからの栄養管理 医療の中でよく使われる用語
第Ⅳ章 業務管理・経営管理及び人事管理について	9	業務管理（標準作業書と作業計画） 食材管理（購入・検収・保管・払出） 施設・設備管理（衛生管理を除く） 病院の給食経営管理 受託責任者の業務管理 人事管理 受託責任者としての日常の人事管理業務 教育・研修 従業員の評価
合 計	36	(ただし、このうち 2日間以上は講義とする)

【大阪会場】

		第1回講義	第2回講義
受講予定者 700名	日時	6月2日(火) 13:00~16:10	6月3日(水) 9:30~12:30
	会場	大阪国際交流センター(大ホール) 〒543-0001 大阪市天王寺区上本町8-2-6 TEL 06-6772-5931	

【福岡会場】

		第1回講義	第2回講義
受講予定者 400名	日時	6月9日(火) 13:00~16:10	6月10日(水) 9:30~12:30
	会場	福岡国際会議場(3階・メインホール) 〒812-0032 福岡市博多区石城町2-1 TEL 092-262-4111	

【東京会場】

		第1回講義	第2回講義
受講予定者 900名	日時	6月16日(火) 13:00~16:30	6月17日(水) 9:30~12:50
	会場	ベルサール汐留(B1・ホール) 〒104-0061 東京都中央区銀座8-21-1 住友不動産汐留浜離宮ビル TEL 03-6226-0510	

【札幌会場】

		第1回講義	第2回講義
受講予定者 200名	日時	6月25日(木) 13:00~16:10	6月26日(金) 9:30~12:30
	会場	北海道自治労会館(5階・大ホール) 〒060-0806 札幌市北区北6条西7丁目5-3 TEL 011-747-1457	



第 99999 号

修了証明及び認定書

氏名 協会 花子

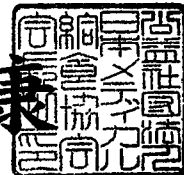
生年月日 ××年××月××日

あなたは公益社団法人日本メディカル
給食協会主催の患者給食受託責任者
資格認定講習の課程を修了したことを証明する

××××年×月××日

公益社団法人日本メディカル給食協会

会長 山本裕康



患者給食受託責任者としての資格認定
について適当であると認める

××××年×月××日

公益社団法人日本メディカル給食協会

患者給食受託責任者
資格認定委員会委員長

中村康彦



※左上ホチキス留してください
太枠内を漏れなくご記入ください。
 ※ 生年月日のみ和暦、それ以外は西暦記入

別紙(4-2)

受講番号

(2020.03改)

受講申込書・受講資格証明書

受講希望会場	※いずれか1つを○で囲む 01 札幌・02 東京・03 大阪・04 福岡			法人・個人
ふりがな		生年月日	昭和 平成	年 月 日
受講申込者氏名				

◆【個人のみ】昼間連絡のとれる電話番号 TEL: - - -

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 (○で囲む)	勤務期間(西暦。現在従事の場合 は「至現在」と記入)	勤 務 年 数
		病・診・老健	自 至 年 月 月	年 月
		病・診・老健	自 至 年 月 月	年 月
		病・診・老健	自 至 年 月 月	年 月
		病・診・老健	自 至 年 月 月	年 月
		病・診・老健	自 至 年 月 月	年 月
合 計 ①→				年 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(○で囲む)	免 許 番 号	【栄養士のみ記入】都道府県名	取得年月日(西暦)
管 理 栄 養 士	第 号		年 月 日
栄 養 士	第 号	都道 府県	年 月 日
【栄養士のみ記入】 資格を取得した学校・養成施設	学校名		【栄養士のみ記入】卒業年月(西暦) 年 月

(2) 調理師の資格を取得している者は記入してください。(業務歴で調理師免許取得後2年未満の場合は、(3)又は(4)を記入してください。)

資 格 別	免 許 番 号	都道府県名	取得年月日(西暦)
調 理 師	第 号	都道 府県	年 月 日

(3) 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。

学 校 名	卒 業 年 月 (西 暦)
	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。

中 学 校 名	卒 業 年 月 (西 暦)
	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) <input type="checkbox"/> 患者給食業務歴無 (2) <input type="checkbox"/> 新卒受講不可(栄養士)	(3) <input type="checkbox"/> 業務歴 _____ ヶ月不足	書 類 不 備	<input type="checkbox"/> 本人確認書類未 <input type="checkbox"/> 申込書非原本 <input type="checkbox"/> 社印未	会 社 連 絡	済 ・ 未
--------	---	---	------------------	---	------------------	-------

記入例

※ 左上ホチキス留め
太枠内を漏れなくご記入ください
※ 生年月日のみ和暦、それ以外は西暦記入

受講番号

受講申込書・受講資格証明書

(2020.03改)

受講希望会場	※いずれか1つを○で囲む 01札幌・ 02東京 ・03大阪・04福岡			※いずれか○で囲む 法人・個人	
ふりがな	きょうかい はなこ		生年月日	昭和 平成 5年10月1日	
受講申込者氏名	ふりがな記入漏れに注意 協会 花子				

◆【個人のみ】 昼間連絡のとれる電話番号 Tel: - -

個人申込のみ要記入

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。

西暦記入
現在從事中なら
『至現在』と記入

施設の名称	住所 (市町村まで)	種別 (○で囲む)	勤務期間	勤務年数
(老健) あすなら	〇〇県〇〇市〇〇町	病・診 老健	自 2000年 5月 至 2005年 10月	5年 6カ月
〇〇病院	住所は市町村まで記入 (番地不要)	病・診・老健	自 年 月 至 年 月	年 月
		病 ・診・老健	自 2014年 12月 至 『至現在』	5年 5カ月
		病・診・老健	自 2020年 4月末日まで の年・月数をカウント	年 月
		病・診・老健	自 年 月 至 年 月	年 月
資格記入。下記(1)~(4)の該当欄記入			合計①→	10年 11カ月

(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。(管理栄養士なら栄養士欄の記入不要)

取得年月日・都道府県名(栄養士のみ)記入

資格別(○で囲む)	免許番号	【栄養士のみ】都道府県名	取得年月日(西暦)
管理栄養士	第 号	東京	年 月 日
栄養士	第 〇〇〇〇〇 号	都道府県	2016年 3月 30日
【栄養士のみ】 資格を取得した学校・養成施設	学校名 〇〇〇〇大学	<栄養士のみ> 学校名・卒業年月を必ず記入する	【栄養士のみ】卒業年月(西暦) 2016年 3月

(2) 調理師の資格を取得している者は記入してください。

調理師免許取得後業務歴 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 〇〇〇〇〇 号	〇 〇 都道府県	〇〇〇〇年〇〇月

(3) 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	〇〇県立 〇〇高等学校	卒業年月(西暦)	〇〇〇〇年〇〇月
(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。	中学校名	〇〇市立 〇〇中学校	卒業年月(西暦)
	中学校名	〇〇市立 〇〇中学校	〇〇〇〇年〇〇月

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。

2020年4月15日

日付記入

社団法人日本メディカル給食協会 殿

要記入

会社住所

会社名

代表者名

担当者名

担当者 TEL

/FAX

(要) 会社印押印

適 号

承認印

【個人申込の場合】
記載事項の内容の証明は、
以前の勤務先または現在の
勤務先にて押印をお願い
して下さい。【押印は必
要】

不適

- (1) 患者給食業務歴無
- (2) 新卒受講不可(栄養士)

- (3) 業務歴 〇 月不足

不適理由入力値は()内の番号を入力

書類不備

- 健康保険被保険者証または
運転免許証
- 申込書非原本
- 社印未

受講申込みにあたっての留意点 〔 受講申込書作成要領 〕

初めに受託責任者の資格は、個人に対して生涯の資格となります。

一度、患者給食受託責任者の資格を取得された方は、消滅（喪失）することはありません。会社を退社または患者給食受託責任者継続講習会を受講していないという理由で、資格を喪失するものではありません。

この点を充分留意され、受託責任者の資格を既に取得している方は、申込みされぬようお願い申し上げます。

なお、ご不明の方は当協会事務局まで連絡のうえ、ご確認ください。

1. 受講申込書・受講資格証明書（別紙（4））

各社の担当者様は、受講希望者に受講申込書・受講資格証明書（別紙（4））及び受講申込書作成要領（別紙（5））をコピーしてお渡しください。

受講申込書は、原則、本人がご記入ください（鉛筆記入不可）。

担当者様が代わって記入する場合は、氏名漢字・生年月日・ふりがなの誤記載が無いよう、本人確認書類（健康保険被保険者証または運転免許証等）の写しから転記してください。

受講申込書は必ずコピーをとって保管してください。

なお、受講申込書・受講資格証明書等申請書類一式は「個人情報保護に関する法律」を遵守し、本講習会の受講認定以外には使用いたしません。

2. 記入方法（記入例参照）

① 受講希望会場を○でかこむ。

② 「受講申込者氏名」「ふりがな」「生年月日（和暦）」を記入してください。

なお、受講申込書記載の氏名と本人確認書類の氏名の漢字が異なる場合、本人確認書類の氏名を優先いたします。

*（例）申込書氏名→渡辺、本人確認書類氏名→渡邊の場合、「渡邊」で登録します。

* 人名外字は常用漢字に置換して登録させていただく場合がありますのでご了承ください。

本人確認のため、『本人確認書類の写し』をご提出ください。

* 本人確認書類の種類については、本文書5. ②をご確認ください。

* 会社一括の申込みでは、健康保険被保険者証の事業所名称が申込会社名と一致していること。

③ 患者給食業務従事歴

審査対象となる業務歴は病院・診療所・介護老人保健施設の3施設、またはこれらの施設の給食を調理しているセントラルキッチンとなります。（実施要綱2）

病院とは医師または歯科医師が、公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行なう場所であって、20人以上の患者を入院させるための施設を有するものをいう。病院は傷病者が、科学的でかつ適正な診療を受けることができる便宜を与えることを主たる目的として組織され、かつ、運営されるものでなければならない。（医療法〔定義〕第1条の5）

また、社会福祉施設の中で、上記の条件を充たしていれば（医師が常駐していて、診療科目を標榜している施設でベッド20床以上の場合のみ。ただし、特別養護老人ホーム等は該当しません。）施設の名称が病院でなくても、「種別」欄は病院に○を付して下さい。

(1) 「施設の名称」・「住所（市町村まで）」を記入。「種別」のいずれかを○で囲む。

(2) 「勤務期間」を西暦で記入。

※ 現在勤務している場合、最終行に必ず『至 現在』と記入。

(3) 「勤務年数」を施設ごとに算出（4月末日時点）し、「合計①欄」勤務年数の総合計を記入。

④ 取得免許資格等について（申込書の(1)～(4)、複数欄の記入も可）

(1) 管理栄養士・栄養士の資格を取得している者

- ・「資格別」の管理栄養士または栄養士を○で囲む。
- ・「免許番号」、「取得年月日」を西暦で記入。
- ・<栄養士のみ>上記に加え「都道府県名」、「資格を取得した学校・養成施設」及び「卒業年月」を記入。

※ 栄養士であって新卒者（本年3月卒業）の場合は社会経験が浅く、受託責任者としての資質が不足しているため、受講をお断りしています。管理栄養士の場合は、栄養士欄の記入は不要です。

(2) 調理師の資格を取得している者（資格取得後、患者給食業務従事歴2年以上）

- ・「資格別」の調理師を○で囲む。
- ・「免許番号」、「都道府県名」、「取得年月日」を西暦で記入。

※ なお、業務従事歴が資格取得後2年に満たない場合は、下記(3)又は(4)も記入してください。

(3) 高校卒業以上の学歴を有し、患者給食業務歴3年以上の者

- ・「高校名」「卒業年月」を西暦で記入。

(4) 中学校卒業以上の学歴を有し、患者給食業務歴10年以上の者

- ・「中学校名」「卒業年月」を西暦で記入してください。

⑤ 会社の証明欄には、住所、社名、代表者名及び会社印ならびに担当者名、担当者 TEL/FAX をご記入の上、必ず会社印を押印してください。

なお、個人申込される方は、会社証明欄に業務経歴の証明として、以前勤務していた会社または現在勤務されている会社にてご記入、会社印の押印をお願いしてください。

以上、①～⑤に記載している内容に不備があった場合は、当協会より各社の担当者様宛に確認のご連絡をいたしますので、必ず担当者様の氏名、TEL/FAXの記入漏れが無いようご注意ください。

・会員（別紙(4-1)）と会員外（別紙(4-2)）の会社の申請様式が異なりますので、ご注意ください。

3. 会社で申し込まれる場合、別紙(6)を記入し添付してください。申込が1人の場合でも必ず添付して下さい。

4. 個人で受講を申し込まれる方は、別紙(7)を記入し添付してください。

5. 【郵送書類】下記①～③（個人申込の場合は①・②・④）の書類をそろえて協会宛に郵送してください。

① 受講申込書・受講資格証明書（別紙4-1（会員用）または別紙4-2（非会員用））

② 本人確認書類の写し（健康保険被保険者証、運転免許証、マイナンバーカード、戸籍抄本のいずれか1つ）

※ 上記書類以外は協会までご確認ください。なお、個人番号通知カードは不可といたします。

◆ お名前・生年月日が鮮明で判読可能なもの。

③ <法人申込専用>別紙(6) 受講申込会場別内訳

④ <個人申込専用>別紙(7) 受講料請求先および修了証の送付先届

* 郵送のみの受付となります。FAX・メールによる受付はできませんのでご注意ください。

別紙(6)

法人申込専用

(個人申込の場合は記入しないでください)

患者給食受託責任者資格認定講習会<受講申込会場別内訳>

※ 申込者が1名の場合でも必ず記入添付して下さい。

会 場	受講申込者数
札幌会場	
東京会場	
大阪会場	
福岡会場	
合 計	名

会 社 名 _____

住 所 _____

ご担当者 _____

TEL(直通) _____

FAX _____

個人申込専用

受講料の請求先及び修了証の送付先届け

個人で患者給食受託責任者資格認定講習会(以下 講習会という。)にお申込みの方には、この届け出用紙によって、受講料の請求先及び修了証の送付先を指定していただきます。指定のない場合は今回、開催案内を送付した住所に送付いたします。

【住所】〒 _____

都道

府県

【氏名】 _____

【TEL】 _____

緊急時にご連絡を取れるところを下記にご記入ください。なお、上記の届け出先と同じ場合は記入不要です。

【住所】〒 _____

【会社名等】 _____

【所属部署】 _____

【TEL】 _____ 内線番号 _____

【携帯電話番号】
