受講番号

**別紙（４―２）**

**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 | | | | | | | | | | | 法人・個人の選択 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | |  | | | | | | | | | | |
| ◆**【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  （病・診・老健） | | | | 勤務期間（西暦。現在従事中の場合は「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】**  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 | | |  | | | | | | | 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | 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　 　ヶ月不足  （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。