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。