様式１号

**患者給食受託責任者認定書再発行願**

**1. 現在会社に勤務してない**有資格者氏名 ※続いて、3.変更内容について(太枠内)を入力してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **申請者**  **氏　名** |  | **㊞** | 日中連絡可能**ＴＥＬ** |  |

**2. 現在会社に勤務している有資格者の会社記入** ※続いて、3.変更内容について(太枠内)を入力してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **会社名** |  | **㊞** | **会　　社**  **担当者名** |  |
| **ＴＥＬ** |  | **ＦＡＸ** |  | |

**3. 変更内容について**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (1)  現登録内容 | 氏名 | ふりがな |  | | | | | |
|  | | | | | | |
| 生年月日 | 元号の選択↓ |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 認定番号 |  | | | | | | |
| 認定年月日 | 元号をクリック↓ |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| (2)  変更事項 | 再発行の理由等 | 氏名変更 | | | | | | |
| ふりがな（必須） |  | | | | | |
| 新　　　姓 |  | | | | | |
| ㊟　変更箇所のみ  ☑チェック（クリック）をいれてください | 改姓年月日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 紛　失 | | | | | | |
| 誤記載 　※上記(1)にご記入の上、誤記載部分に下線をひいて訂正して下さい） | | | | | | |

**＜申請方法＞**上記1または2、3(必須)を入力し必要な書類を添付して協会へご郵送ください**（FAX不可）**。

［氏名変更］： ①旧姓から新姓になったことが確認できる本人確認書類の写し（運転免許証、健康保険証、戸籍抄本・謄本、住民票(旧姓表記のあるもの)等いずれか１つ）、

②認定書（原本）、③返信用封筒 （切手貼付・A4サイズ）

［紛失］： ①本人確認書類の写し（運転免許証、健康保険証、住民票等いずれか１つ）

②返信用封筒（切手貼付･A4サイズ）

［誤記載］： ①本人確認書類の写し（運転免許証、健康保険証、住民票等いずれか１つ）

②認定書（原本）

**【送付先】**〒101-0044　東京都千代田区鍛冶町１－６－１７　フォルテ神田５階

　（公社）日本メディカル給食協会

℡　03-5298-4161（ご不明な点は協会までお問合せください）