

※ 本人確認書類(写)と申込書を左上ホチキス留めしてください。

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

(2021.03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 (和暦表記)	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)〇〇〇と表記してください。				
施設の名称	住所(市町村まで)	種別 (○で囲む)	勤務期間(西暦表記。現在従事中的場合「至現在」と記入)	勤務年数
		病・診・老健	自至 年 月 月	年 ヵ月
		病・診・老健	自至 年 月 月	年 ヵ月
		病・診・老健	自至 年 月 月	年 ヵ月
		病・診・老健	自至 年 月 月	年 ヵ月
		病・診・老健	自至 年 月 月	年 ヵ月
(記入必須) 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情報の記入不要)				
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		年 月 日	
【栄養士のみ記入】 資格を取得した学校・養成施設			【栄養士のみ記入】卒業年月(西暦)	
(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・卒業年月を記入のこと)				
資格別	免許番号	都道府県名	取得年月日(西暦)	
調理師	第 号			
(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				
(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				
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 講の本人確認書類(写)を添付して申し込みます。 年 月 日(日付記入) 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	⑩	
		代表者名		
		担当者名		
		担当者 TEL		
		担当者 FAX		
		協会 担当印		

※ 記入漏れがないか再度確認のうえ、会社印を押印し、本人確認書類(写)を添付(左上ホチキス留め)してご郵送ください。

記入例

※ 本人確認書類(写)と申込書を左上ホチキス留めしてください。
 ※ 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

(2021.03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			※いずれかを○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】 屋間連絡のとれる電話番号 Tel: - - 個人申込のみ要記入。会社経由の申込は記入不要

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	西暦記入 現在從事中なら 『至現在』と記入	勤務年数
(老健) あすなら	○○県○○市○○町	病・診・ 老健	自 2000年5月 至 2005年10月		5年6カ月
※老健は施設名に『老健』と表記		病・診・老健	自 年 月 至 年 月		年 月
○○病院	住所は市町村まで記入(番地不要)	病 ・診・老健	自 2014年12月 至 『至現在』		5年5カ月
		病・診・老健	自 2021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			病院・診療所・老健の勤務年数の合計を必ず記入		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)

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・都道府県名(栄養士のみ)記入
管理栄養士	第 〇〇〇〇〇 号	東京	取得年月日(西暦) 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日
栄養士	第 〇〇〇〇〇 号	東京	取得年月日(西暦) 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	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

(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	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)	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。

2021年4月〇〇日 日付記入

会社住所
会社名
代表者名
担当者名
担当者TEL
担当者FAX

要記入

(要) 会社印押印

協会 担当者印