

※ 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(4-1)

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			会員専用
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				
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。現在も就事中の場合「至現在」と記入)	勤務年数
		病・診・老健	自 年 月 至 年 月	年 ヵ月
		病・診・老健	自 年 月 至 年 月	年 ヵ月
		病・診・老健	自 年 月 至 年 月	年 ヵ月
		病・診・老健	自 年 月 至 年 月	年 ヵ月
		病・診・老健	自 年 月 至 年 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	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。(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)				
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。			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。	会社住所			
	会社名	⑨		
	代表者名			
年 月 日	担当者名			
公益社団法人 日本メディカル給食協会 殿	担当者TEL			
	担当者FAX			
				協会 担当者印

※ 入力漏れがないか再度確認のうえ、印刷: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。

太枠内を漏れなくご記入ください。

※ 生年月日のみ和暦、それ以外は西暦表記

受講申込書・受講資格証明書

(2021.03改)

受講番号

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			会員専用
ふりがな	ふりがな記入漏れに注意	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	協会花子			
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」○○○と表記			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	○○県○○市○○町	病・診 老健	自 2000年 5月 至 2005年 10月	5年 6か月
※老健は施設名に『老健○○○』と表		病・診・老健	自 年 月 至 年 月	年 月
○○病院		病 ・診・老健	自 2014年 12月 至 『至現在』	5年 5か月
住所は市町村まで記入 (番地不要)		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)の欄に記入			合計①→	10年 11か月
(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	○ ○ 都道府県	年 月 日	
栄養士	第 ○○○○ 号	○ ○ 都道府県	○○○○年○○月○○日	
【栄養士のみ】 資格を取得した学校・養成施設	学校名 ○○○○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 ○○○○ 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。			卒業年月(西暦)	
学校名	○○県立 ○○高等学校		○○○○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	○○市立 ○○中学校		○○○○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。			会社住所	(要) 会社印押印
2021年4月○○日			会社名	協会 承認印
日付記入			代表者名	
社団法人日本メディカル給食協会 殿			担当者名	
			担当者 TEL	
			担当者 FAX	