**太枠内に漏れないか確認してください。** **別紙（４―１）**

受講番号

※ 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）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講希望会場 | | | ※右記より選択してください。→ | | | | | | | **▼会場を選択** | | | | | | | | | | | | | | | | **会員専用** | | |
| ふりがな | | |  | | | | | | | | | | | | | | 生年月日  （和暦を選択） | | | **▼和暦を選択** | | 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）○○○と表記**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（西暦表記。現在も従事中の場合「至現在」と表記） | | | | | | | 勤務年数 | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | **▼施設の種別** | | 自  至 | 年  年 | | 月  月 | | | | 年 | | ヵ月 | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | **▼施設の種別** | | 自  至 | 年  年 | | 月  月 | | | | 年 | | ヵ月 | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | **▼施設の種別** | | 自  至 | 年  年 | | 月  月 | | | | 年 | | ヵ月 | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | **▼施設の種別** | | 自  至 | 年  年 | | 月  月 | | | | 年 | | ヵ月 | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | **▼施設の種別** | | 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入力してください。（管理栄養士は栄養士欄の入力不要） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 資格別  (管理栄養士・栄養士の選択) | | | | 免許番号 | | | | | | | | | | **【栄養士のみ入力】** 都道府県名 | | | | | | 取得年月日 **（西暦）** | | | | | | | | |
| **▼資格を選択** | | | | 第 | | |  | | | | | 号 | |  | | | | | | 年 | | | 月 | | | | 日 | |
| **【栄養士のみ入力】** | | | | 学校名 | | |  | | | | | | | | | | | | | **【栄養士のみ入力】** 卒業年月 （西暦） | | | | | | | | |
| 資格を取得した学校・養成施設 | | | | 年 | | | 月 | | | | | |
| **（２）**　**調理師**の資格を取得している者は入力してください。（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・卒業年月を入力） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | |
| 1. **高校卒業以上**で患者給食業務歴**３年以上従事**した者は入力してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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**した者は入力してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 卒業年月 **（西暦）** | | | | | | | | |
| 中学校名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 年 | | | | 月 | | | | |
| 上記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 | |  | | | | | | | | | | | | **㊞** | |
| 代表者名 | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | 年 |  | | | | 月 | |  | 日 | | | | 担当者名 | |  | | | | | | | | | | | | 協会  担当印 | |
| 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 | |  | | | | | | | | | | | |

**※　入力にもれがないか再度確認のうえ、印刷・会社印を押印し、本人確認書類写しを添付（左上ホチキス留め）してご郵送ください。**