**太枠内に漏れがないか確認してください。**

※　生年月日のみ和暦、それ以外は西暦表記

受講番号

**別紙（４―２）**

**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 | | | | | | | | | | **▼法人・個人を選択** | | | |
| 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 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| ◆**【個人のみ】**昼間連絡の可能な電話番号　**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。現在従事中の場合は「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）** | | | | | | |
| **▼資格の選択** | | | | | 第 | |  | | | | 号 | | | |  | | | | | | 年 | | | | 月 | | 日 |
| **【栄養士のみ入力】**  資格を取得した学校・養成施設 | | | | | 学校名 | |  | | | | | | | | | | | | | | **【栄養士のみ入力】**卒業年月**（西暦）** | | | | | | |
| 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。（業務歴で調理師免許取得後２年未満の場合は、（３）又は（４）を入力してください。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | |  | | | | | | | | | | | **㊞** |
| 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 | | |  | | | | | | | | | | | 協会  担当印 |
| 担当者FAX | | |  | | | | | | | | | | |

※　入力に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。。