**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。。