様式１号

**患者給食受託責任者認定書再発行願**

**1. 現在会社に勤務していない**有資格者の申請 ↓次に3.変更内容について(太枠内)を記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **申請者**  **氏　名** |  | **㊞** | 日中連絡可能**ＴＥＬ** |  |

**2. 現在会社に勤務している**有資格者の申請**(会社記入)** ↓次に3.変更内容について(太枠内)を記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **会社名** |  | **㊞** | **会　　社**  **担当者名** |  |
| **ＴＥＬ** |  | **ＦＡＸ** |  | |

**3. 変更内容について**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (1)  現登録内容 | 氏名  ㊟　氏名変更の場合は旧姓を記入してください。 | ふりがな |  | | | | | |
|  | | | | | | |
| 生年月日 | 元号 | | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 認定番号 |  | | | | | | |
| 認定年月日 |  | | 年 |  | 月 |  | 日 |
| (2)  変更事項 | 再発行の理由等 | 氏名変更 | | | | | | |
| ふりがな(必須) |  | | | | | |
| 新　　　姓 |  | | | | | |
| ㊟　変更箇所のみ  ☒チェックしてください | 改姓年月日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 紛　失 | | | | | | |
| 誤記載 　※上記(1)に記入の上、誤記載部分に下線をひいて訂正して下さい） | | | | | | |

**＜申請方法＞**上記1または2、3(必須)を記入し必要な書類を添付して協会へご郵送ください**（FAX不可）**。

［氏名変更］： **①旧姓から新姓になったことが確認できる本人確認書類の写し**（運転免許証、健康保険証、戸籍抄本・謄本、住民票(旧姓表記のあるもの)等いずれか１つ）、

**②認定書（原本）**、**③返信用封筒** （返信先宛先記入・切手貼付・A4サイズ）

［紛失］： **①本人確認書類の写し**（運転免許証、健康保険証、住民票等いずれか１つ）

**②返信用封筒**（返信先宛先記入・切手貼付･A4サイズ）

［誤記載］： **①本人確認書類の写し**（運転免許証、健康保険証、住民票等いずれか１つ）

**②認定書（原本）**

**【送付先】**〒101-0044　東京都千代田区鍛冶町１－６－１７　フォルテ神田５階

　（公社）日本メディカル給食協会

℡　03-5298-4161（ご不明な点は協会までお問合せください）