

受講 番号	
----------	--

受講申込書・受講資格証明書

(2022.03改)

受講希望会場	<input checked="" type="checkbox"/> ○で囲む→ 01 札幌・02 東京・03 大阪・04 福岡・04-2WEB 福岡	<input type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人
ふりがな		生年月日 (和暦を選択)
受講申込者氏名		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
◆【個人申込者のみ】昼間連絡の可能な電話番号◆ TEL:		↑和暦を☑する
【患者給食業務従事歴】 ※【老健】必ず(老健)○○○と表記。 【セントラルキッチン】病院・診療所・老健の給食調理担当		
施設の名称	住所 (市町村まで)	種別 <input checked="" type="checkbox"/> ○で囲む↓
		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
		年 月
		年 月
		年 月
		年 月
		年 月
合計①→		年 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欄の入力不要)		
資格別 <input checked="" type="checkbox"/> ↓資格を☑する	免許番号	↓【栄養士のみ入力】 都道府県名
<input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士	第 号	取得年月日(西暦)
		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記入してください(調理師免許取得後 2年以上。なお2年未満は↓下欄(3)又は(4)学校名・卒業年月も記入のこと)		
資格別	免許番号	都道府県名
調理師	第 号	取得年月日(西暦)
		年 月 日
(3) 高校卒業以上で、患者給食業務に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
		代表者名
		担当者名
年 月 日	担当者 TEL	
公益社団法人日本メディカル給食協会 殿	担当者 FAX	
		協会 担当印

注1) 記載もれ、および患者給食業務従事歴は足りているか必ず再度確認してください。(従事歴目安: 管理栄養士 6カ月以上、栄養士 1年以上、調理師取得後 2年以上)
 注2) そのうえで、印刷⇒会社印押印し、本人確認書類(写)を貼付してご郵送ください。