

※ 本人確認書類(写)と申込書を左上ホチキス留めしてください。

別紙(非会員用4-2)

記入例

受講申込書・受講資格証明書

WEB 受講申込み場合は
04-2WEB 福岡を選択

受講
番号

希望会場を選択

↓する (0000, 03 改)

受講希望会場	※ ○で囲む 01札幌 ○2東京 ○3大阪 ・ 04福岡 ・ 04-2WEB 福岡				□法人 □個人
ふりがな	ふりがな記入 漏れに注意 きょうかい はなこ		生年月日	□昭和 ☑平成	5年10月1日
受講申込者氏名	協会花子		◆【個人のみ】 昼間連絡のとれる電話番号◆ Tel: - - 個人申込のみ要記入。会社申込は不要 ※↑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・番地不要)	種別 ※ ↓○で囲む	勤務期間	西暦記入	勤務年数
(老健)○○○○	○○県○○市○○町	病・診・老健 セントラルキッチン	自 2000年 5月 至 2005年 10月		5年 6カ月
○○病院	○○県○○市○○町	病・診・老健・ セントラルキッチン	自 2014年 12月 至 『至現在』		8年 5カ月
		病・診・老健・ セントラルキッチン		現在從事中の表記 Word/PDF→「至現在」 " EXCEL→「2022/4」と表記	カ月
		病・診・老健・ セントラルキッチン		2022年4月末日までの年・月数をカウント	カ月
		病・診・老健・ セントラルキッチン	至 年 月		年 月 日
資格記入。下記(1)~(4)の該当欄記入			病院・診療所・老健の勤務年数の合計を必ず記入→		合計①→ 13年 11カ月
(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。(管理栄養士なら栄養士欄の記入不要)					
資格別	↓資格を☑する	免許番号	<栄養士のみ 要記入>	都道府県名	取得年月日(西暦) 要記入
□ 管理栄養士 ☑ 栄養士		第 1234567 号		東京都	2016年 3月 30日
<栄養士のみ 要記入>	学校名	<栄養士のみ>	<栄養士のみ 要記入>	卒業年月(西暦)	
資格を取得した学校・養成施設	○○○○大学	学校名・卒業年月を必ず記入する		2016年 3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。調理師免許取得後業務歴 要2年以上。2年未満は下欄、(3)又は(4) 学校名・卒業年月を記入					
資格別	免許番号	都道府県名	取得年月日(西暦)		
調理師	第 7654321 号	東京都	2018年 10月 30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記入してください。					
学校名	○○県立 ○○高等学校	卒業年月(西暦)		○○○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。					
中学校名	○○市立 ○○中学校	卒業年月(西暦)		○○○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	会社印押印 押印もれは返却します。	
			会社名	会社情報要記入	
			代表者名		
2022年 4月 ○○日 日付記入			担当者名	担当者名は必ず記入してください。	
社団法人日本メディカル給食協会 殿			担当者 TEL		
			担当者 FAX		