

※申込書と本人確認書類(写)を左上ホチキスで留めてください。

別紙 (4-1)

記入例

WEB 受講申込の場合は、04-2WEB 福岡を選択

希望会場を選択する

受講申込書・受講資格証明書

受講番号

(2021.03改)

受講希望会場	※ ○で囲む <b>01札幌</b> ・02東京・03大阪・04福岡・04-2WEB 福岡					会員専用
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		本人確認書類と一致			
患者給食業務従事歴	※【老健】必ず(老健)〇〇〇と表記。【セントラルキッチン】病院・診療所・老健の給食調理担当					↑和暦を☑する
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 Excel 版は自動計算。入力不要		
(老健)〇〇〇〇	〇〇県〇〇市〇〇町	病・診・ <b>老健</b> ・セントラルキッチン	自 2000年 5月 至 2005年 10月	5年 6カ月		
〇〇病院	〇〇県〇〇市〇〇	病・診・老健・セントラルキッチン	自 2014年 12月 至 『至 現在』	5年 5カ月		
		病・診・老健・セントラルキッチン	自 至	現在従事中の表記 Word/PDF→「至現在」 // EXCEL→「2022/4」と表記		
		病・診・老健・セントラルキッチン	自 至	2022年4月末日までの年・月数をカウント		
		病・診・老健・セントラルキッチン	自 至	年 月 年 月		
資格記入。下記1)~(4)の欄に記入		病院・診療所・老健の勤務年数の合計を必ず記入→			合計 ①→	10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)						Excel 版は自動計算。入力不要
資格別 ↓資格を☑する	免許番号	<栄養士のみ 要記載> 都道府県名		取得年月日(西暦)	取得年月日が表記されているか	
□ 管理栄養士 □ 栄養士	第 1234567 号	東京都		2016年 4月 15日		
【栄養士のみ要記載】 資格を取得した学校・養成施設	学校名 〇〇〇〇大学	<栄養士のみ> 学校名・卒業年月を必ず記入する		【栄養士のみ】卒業年月(西暦) 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		取得年月日が表記されているか 2017年 4月 20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	〇〇県立 〇〇高等学校		卒業年月(西暦)		〇〇〇〇年〇月	
(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	〇〇市立 〇〇中学校		卒業年月(西暦)		〇〇〇〇年〇月	
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	会社情報要記入	
				会社名	会社印押印 押印もれは返却	
				代表者名		
2022年 4月 〇〇日 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		

協会承認印