

※申込書と本人確認書類(写)を左上ホチキス留めしてください。

別紙(4-1)

受講申込書・受講資格証明書

受講番号

(2022.03改)

受講希望会場 ※ 〇で囲む 01 札幌・02 東京・03 大阪・04 福岡・04-2WEB福岡 会員専用
ふりがな
受講申込者氏名 生年月日 (和暦表記→)
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
施設名称 住所 種別 ※ 〇で囲む ↓ 勤務期間(西暦。現在従事中の場合「至現在」と表記) 勤務年数
(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。(管理栄養士の栄養士情報の入力不要)
資格別 ↓資格を☑する 免許番号 ↓【栄養士のみ入力】都道府県名 取得年月日(西暦)
【栄養士のみ入力】→ 学校名 ↓【栄養士のみ入力】卒業年月(西暦)
(2) 調理師の資格を取得している者は入力してください(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・卒業年月も入力のこと)
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 担当者FAX
協会 担当印

注1) 記載もれがないか、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:管理栄養士経歴ゼロ・栄養士6カ月以上・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)を添付してご郵送ください。