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 | **※　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 |  | 生年月日（和暦表記→） | [ ] 　昭和[ ] 　平成 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 受講申込者氏名 |  |
| **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 | **↑和暦を☑する** |
| 施設の名称 | 住　所（市町村まで・番地不要） | 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 |
|  |  | 病 ・ 診 ・ 老健 ・セントラルキッチン | 自至 |  | 年　　　　 |  | 月 |  | 年 |  | ヵ月 |
|  | 年 |  | 月 |
|  |  | 病 ・ 診 ・ 老健 ・セントラルキッチン | 自至 |  | 年　　　　 |  | 月 |  | 年 |  | ヵ月 |
|  | 年 |  | 月 |
|  |  | 病 ・ 診 ・ 老健 ・セントラルキッチン | 自至 |  | 年　　　　 |  | 月 |  | 年 |  | ヵ月 |
|  | 年 |  | 月 |
|  |  | 病 ・ 診 ・ 老健 ・セントラルキッチン | 自至 |  | 年 |  | 月 |  | 年 |  | ヵ月 |
|  | 年 |  | 月 |
|  |  | 病 ・ 診 ・ 老健 ・セントラルキッチン | 自至 |  | 年　　　　　 |  | 月 |  | 年 |  | ヵ月 |
|  | 年 |  | 月 |
| **合　　　計 ①　→** |  | 年 |  | ヵ月 |
| **（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）** |
| [ ]  管理栄養士[ ]  栄養士 | 第 |  | 号 |  |  | 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 |
| 1. 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  |  | 協会担当印 |
| 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 |  |

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。