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。