

様式1号

患者給食受託責任者認定書再発行願

1. 現在会社に勤務していない有資格者の申請

申請者 氏名	(印)	日中連絡 可能TEL
-----------	-----	---------------

2. 現在会社に勤務している有資格者の申請(会社記入)

会社名	(印)	会社 担当者名
TEL	FAX	

↓次に3.変更内容について(太枠内)を記入してください。

3. 変更内容について

(1) 現 登 録 内 容	氏 名	ふりがな	
	<input checked="" type="checkbox"/> 氏名変更の場合は 旧姓を記入。		
	生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日	
	認 定 番 号		
(2) 変 更 事 項	認 定 年 月 日	年 月 日	
	再発行の理由等	<input type="checkbox"/> 氏名変更	
		ふりがな(必須)	
		新 姓	
		改姓年月日(任意)	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 紛失	
<input checked="" type="checkbox"/> 変更事由を ☑チェックする⇒	<input type="checkbox"/> 誤記載 ※上記(1)に記入の上、誤記載部分に下線をひいて訂正して下さい		

<申請方法>上記 1 または 2、3(必須)を記入し必要な書類を添付して協会へご郵送ください(FAX 不可)。

[氏名変更]:①旧姓から新姓になったことが確認できる本人確認書類の写し(運転免許証、戸籍抄本・謄本、住民票(旧姓表記のあるもの)等いずれか1つ)

*「健康保険証」は会社所属の場合のみ受付可(個人の場合は旧姓の確認ができないため不可)

②認定書(原本)、③返信用封筒(返信先宛先記入・切手貼付・A4 サイズ)

[紛失]:①本人確認書類の写し(運転免許証、健康保険証、住民票等いずれか1つ)

②返信用封筒(返信先宛先記入・切手貼付・A4 サイズ)

[誤記載]:①本人確認書類の写し(運転免許証、健康保険証、住民票等いずれか1つ)、②認定書(原本)

【送付先】(公社)日本メディカル給食協会

TEL 03-5298-4161

〒101-0033 東京都千代田区神田岩本町15-1 CYK 神田岩本町7階