

◆本人確認書類(写)を申込書の後ろにして左上ホチキスで留めてください。

別紙 (4-1)

記入例

希望会場にチェックする

受講申込書・受講資格証明書

受講番号

(2023.03改)

受講希望会場	<input checked="" type="checkbox"/> チェックする →	<input type="checkbox"/> 01 札幌	<input type="checkbox"/> 02 東京	<input type="checkbox"/> 03 大阪	<input type="checkbox"/> 04 福岡	会員専用
ふりがな	ふりがな	きょうかい	はなこ	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	5年10月1日
受講申込者氏名	記入漏れに注意	協会花子	← 本人確認書類と一致	→	<input checked="" type="checkbox"/> 平成	
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		↑和暦に <input checked="" type="checkbox"/> する		Excel版は自動計算。入力不要	
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	
(老健)〇〇〇〇	〇〇県〇〇市〇〇町	病・診・ 老健 ・セントラルキッチン	自 2000年 5月		5年 6か月	
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		9年 5か月	
		病・診・老健・セントラルキッチン	自	現在從事中は「2023年4月」と表記	年 月	
		病・診・老健・セントラルキッチン	自	2023年4月末日までの年・月数をカウント	年 月	
		病・診・老健・セントラルキッチン	自	年 月	年 月	
資格記入。下記(1)~(3)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→	14年 11か月
(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 <input checked="" type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<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)	
	〇〇〇〇大学				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) 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)	取得年月日が表記されているか		
調理師	第 7654321 号	東京都	2017年4月20日			
(3) (1)(2)の資格を持っていない方(患者給食業務歴:高校卒業以上3年以上、中学卒業以上10年以上従事)					卒業年月(西暦)	
学校名	〇〇県立 〇〇高等学校			〇〇〇〇年〇月		
上記の記入内容について相違ないことを証明し、志望和長		郵便番号	〒	最終卒業学校名・卒業年月を記入する		
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		会社印押印 押印もれは返却します。		
		会社名		①		
		代表者名				
2023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。		
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				
						協会承認印