

◆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・ <b>老健</b> ・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	<b>病</b> ・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する旨を和紙に記述し、		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		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