

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 [x]チェックする [ ]01 札幌 [ ]02 東京 [ ]03 大阪 [ ]04 福岡 会員専用
ふりがな
受講申込者氏名
生年月日 (和暦表記) [ ]昭和 [ ]平成 年 月 日
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 [x]和暦に[x]チェックする
施設の名称 住所 (市町村まで・番地不要) 種別 [x]〇で囲む 勤務期間(西暦。現在従事中の場合「2023年4月」と表記)×「至現在」 勤務年数
(1)管理栄養士・栄養士の資格を取得している方は記入してください。(管理栄養士の栄養士情報不要)
資格別 [x]資格に[x]チェックする 免許番号 [x]【栄養士のみ入力】 都道府県名 取得年月日(西暦)
(2)調理師の資格を取得している方は記入してください(調理師免許取得後2年以上。なお2年未満は、下記(3)に学校名・卒業年月も記入のこと)
資格別 免許番号 都道府県名 取得年月日(西暦)
(3)(1)(2)の資格を持っていない方(患者給食業務歴:高校卒業以上は3年以上、中学校卒業は10年以上従事) 卒業年月(西暦)
学校名
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。
郵便番号 〒
会社住所
会社名 ⑩
代表者名
2023年4月 日 担当者名
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 担当印

注1) 記載もれおよび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。(従事歴についてご不明な点は協会へお問合せ下さい)

注2) そのうえで、印刷⇒会社印押し、本人確認書類(写)を受講申込書の後ろに左上ホチキス留めしてご郵送ください。