

記入例

受講番号

希望会場を選択する

受講申込書・受講資格証明書

↓する (2023.03改)

受講希望会場	※ <input type="radio"/> 〇で囲む 01札幌・02東京・03大阪・04福岡				<input type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人	
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		↑和暦を <input checked="" type="checkbox"/> する	
施設の名称	住所 (市町村まで・番地不要)	種別 ※ <input type="radio"/> 〇で囲む↓	勤務期間 西暦記入。	勤務年数 Excel版は自動計算。入力不要		
(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 至 2005年10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 至 2023年4月	9年5か月		
		病・診・老健・セントラルキッチン	自 至	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 至	2023年4月末日までの年・月数をカウント		
		病・診・老健・セントラルキッチン	自 至	年 月 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)			
調理師	第 7654321 号	東京都	取得年月日が表記されているか 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、中学校卒業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、		郵便番号	〒			
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	最終卒業学校名・卒業年月を記入する			
		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