

受講申込書・受講資格証明書

受講番号	
------	--

↓する (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	<input type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人
ふりがな		生年月日 (和暦表記→) <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
受講申込者氏名		
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 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
		病・診・老健・セントラルキッチン 自 年 月 至 年 月
		病・診・老健・セントラルキッチン 自 年 月 至 年 月
		病・診・老健・セントラルキッチン 自 年 月 至 年 月
		病・診・老健・セントラルキッチン 自 年 月 至 年 月
		病・診・老健・セントラルキッチン 自 年 月 至 年 月
合 計 ① →		年 月
(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 ↓資格を <input checked="" type="checkbox"/> する	免許番号	↓【栄養士のみ入力】都道府県名
<input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士	第 号	取得年月日(西暦)
		年 月 日
↓【栄養士のみ入力】→	学校名	↓【栄養士のみ入力】卒業年月(西暦)
資格を取得した学校・養成施設		年 月
(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。2年未満は、下記(3)に学校名・卒業年月も記入してください)		
資格別	免許番号	都道府県名
調理師	第 号	取得年月日(西暦)
		年 月 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)		卒業年月(西暦)
学校名		年 月
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	Ⓜ
	代表者名	
2023 年 4 月 日	担当者名	(必須)
公益社団法人 日本メディカル給食協会 殿	担当者 TEL	(必須)
	担当者 FAX	
		協会 担当印

注1) 記載もれ・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。(従事歴目安：管理栄養士6カ月以上、栄養士1年以上、調理師取得後2年以上)

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