受講番号

 **受講申込書・受講資格証明書**

 （2023.03改）

↓☑する

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講希望会場 | ☑チェックする→ | [ ] ０１札幌  | [ ] ０２ 東京 | [ ] ０３ 大阪  | [ ] ０４ 福岡 | [ ] 法人　[ ] 個人 |
| ふりがな |  | 生年月日（和暦表記→） | [ ] 　昭和[ ] 　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）○○○**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☑する |
| 施設の名称 | 住　所（市町村まで・番地不要） | 種　　別↓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 |
|  |  | 病 ・ 診 ・ 老健 ・セントラルキッチン | 自至 |  | 年　　　　 |  | 月 |  | 年 |  | ヵ月 |
|  | 年 |  | 月 |
|  |  | 病 ・ 診 ・ 老健 ・セントラルキッチン | 自至 |  | 年　　　　 |  | 月 |  | 年 |  | ヵ月 |
|  | 年 |  | 月 |
|  |  | 病 ・ 診 ・ 老健 ・セントラルキッチン | 自至 |  | 年　　　　 |  | 月 |  | 年 |  | ヵ月 |
|  | 年 |  | 月 |
|  |  | 病 ・ 診 ・ 老健 ・セントラルキッチン | 自至 |  | 年 |  | 月 |  | 年 |  | ヵ月 |
|  | 年 |  | 月 |
|  |  | 病 ・ 診 ・ 老健 ・セントラルキッチン | 自至 |  | 年　　　　　 |  | 月 |  | 年 |  | ヵ月 |
|  | 年 |  | 月 |
| **合　　　計 ①　→** |  | 年 |  | ヵ月 |
| **（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☑する | 免許番号 | ↓【栄養士のみ入力】 都道府県名 | 取得年月日 （西暦） |
| [ ]  管理栄養士[ ]  栄養士 | 第 |  | 号 |  |  | 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 | 取得年月日 （西暦） |
| 調理師 | 第 |  | 号 |  |  | 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  |  |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 | 担当者名  | (必須)  | 協会担当印 |
| 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 |  |

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。