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。