

◆左上ホチキス留め(本人確認書類(写)は申込書の後ろに)

別紙 (会員用 4-1)

記入例

受講申込書・受講資格証明書

受講番号

太枠内の該当項目を記入 希望会場にチェックする

(2024.03改)

受講希望会場	<input checked="" type="checkbox"/> 01 札幌	<input type="checkbox"/> 02 東京	<input type="checkbox"/> 03 大阪	<input type="checkbox"/> 04 福岡	会員専用
ふりがな	きょうかい はなこ				
受講申込者氏名	協会花子		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	5年10月1日

患者給食業務従事歴

必ず!施設の年月数は表示する Excel版自動計算。入力不要

施設の名称	住所(市町村まで表記)	種別	勤務期間(西暦表記)	勤務年数
(老健)○○○○	○○県○○市○○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
○○病院	○○県○○市○○	病・診・老健・セントラルキッチン	自 2015年 12月 至 2024年 4月	10年 5か月
		病・診・老健・セントラルキッチン	自 年 月 至 年 月	年 月
		病・診・老健・セントラルキッチン	自 年 月 至 年 月	年 月

“老健”= 介護老人保健施設
施設名称の前に(老健)といれること
なお、×介護老人福祉施設
×特別養護老人ホームは老健ではない。

【セントラルキッチン】とは
病院・診療所・老健の給食調理担当

現在従事中は「2024年4月」と表記

2024年4月末日までの年・月数をカウント

管理栄養士・栄養士ともに患者給食従事歴要6ヵ月以上(2024年度変更)!

合計①→ 15年11ヵ月

(1) 管理栄養士・栄養士の資格を有している方

患者給食従事歴合計は要記入 Excel版は自動計算。入力不要

資格別	免許番号	都道府県名	取得年月日(西暦)
<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】 資格を取得した学校・養成施設	学校名 ○○○○大学	<栄養士のみ> 取得した都道府県・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) 2016年3月

(2) 調理師の資格を有している方 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	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/中学卒業以上10年以上 卒業年月(西暦)

学校名	○○県立 ○○高等学校	卒業年月(西暦)	○○○○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。	会社住所 (〒印)なし	〒	都道府県
	会社名		会社印押印 押印もれは返却
	代表者名		印
	*担当者名		担当者名は必ず記載
2024年4月○○日	*担当者 TEL		
公益社団法人日本メディカル給食協会 殿	*メールアドレス		可能であれば、担当者名のアドレスより複数数が閲覧可能なメールアドレスがよい。

*記入していないと問合せに時間がかかりますので、特に「担当者名」「担当者の連絡先(TEL・メールアドレス)は必須事項です。