受講番号

 受講申込書・受講資格証明書

**太枠内の該当項目を記入**

（2024.03改）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講希望会場 | [ ] ０１ 札幌 | [ ] ０２ 東京 | [ ] ０３ 大阪 | [ ] ０４ 福岡 | [ ] 法人　[ ]  個人 |
| ふりがな |  | 生年月日 | [ ] 昭和[ ] 平成 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 受講申込者氏名 |  |
| **個人**受講申込者の**連絡先**(日中連絡可能な**TEL または メールアドレス**) ⇒ |  |
| **患者給食業務従事歴** |
| 施設の名称 | 住　所（市町村まで） | 種　　別　※ | 勤務期間（西暦） | 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 |
| ※**種別**：病=病院、診＝診療所、老健=○介護老人保健施設(×介護老人福祉施設、×特別養護老人ホーム) | **合　　　計 ①　→** |  | 年 |  | ヵ月 |
| **（１）\*管理栄養士・栄養士**の資格を有している方 |
| 資格別 | 免許番号 | ↓【栄養士のみ】 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】→ | 学校名 |  | ↓【栄養士のみ】 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**の資格を有している方 |
| 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** | 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。 | 会社住所(〒ハイフンなし) | 〒 |  | 都 道府 県 |
|  |
| 会 社 名  |  | **㊞** |
| 代表者名  |  |
| 2024 | 年 | ４ | 月 |  | 日 | 担当者名(必須)\*(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)\* |  |
| メールアドレス(必須)\* |  |