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** （2025.01改）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講希望会場 | [ ] ０１ 札幌 | [ ] ０２ 東京 | [ ] ０３ 大阪 | [ ] ０４ 福岡 | **会員専用** |
| ふりがな |  | 生年月日 | [ ] 昭和[ ] 平成 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 受講申込者氏名 |  |
| **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等) | **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  |  |
| ２０２5 | 年 | ４ | 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) |  |
|  | メールアドレス\* |  |

注1)　 \***管理栄養士／栄養士の患者給食業務従事歴は６ヵ月以上（サービスマークに則った基準。新卒の受講不可）にご留意ください。**

注2)　 **\*メールアドレスは未登録の場合のみ、お知らせください**(開催案内のお知らせメールが届かなかった会社は未登録です)