◆左上ホチキス留め(本人確認書類(写)は申込書の後ろに)

記　入　例

別紙（会員用４－１）

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　希望会場にチェックする

(2026.03 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 受講申込者氏名	きょうかい　はなこ 協　会　花　子		生年月日 ↑和暦に☑する	□ 昭和 ☑ 平成　5年10月1日	

患者給食業務従事歴　必ず１施設の年月数は表示する

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カ月
○○病院	○○県○○市○○	(病)・診・老健・セントラルキッチン	自　2015年12月 至　2026年　4月	10年　5カ月
		病・診・老健・セントラルキッチン	自　年　月 至　年　月	年　カ月
		病・診・老健・セントラルキッチン	自　年　月 至　年　月	年　カ月
		病・診・老健・セントラルキッチン	自　年　月 至　年　月	年　カ月
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カ月

"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ありません。

現在従事中は「２０２５年４月」と表記

【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

2025 年４月末日までの年・月数をカウント

患者給食従事歴合計は要記入
Excel 版は自動計算。入力不要

（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	都道府県名	取得年月日（西暦）
□ 管理栄養士 ☑ 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】卒業年月（西暦） 2016年3月

＜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

（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

学校名	卒業年月（西暦）
○○県立　○○高等学校	○○○○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。

日付記入

2026 年 4月 ○○ 日

公益社団法人日本メディカル給食協会　殿

会社住所 (〒ﾊｲﾌﾝなし)	〒　　都道府県
会社名	印
代表者名	
*担当者名	協会
*担当者 TEL	
*メールアドレス	

会社印押印
押印もれは返却

担当者名は必ず記載

可能であれば、担当者名のアドレスより複数名が閲覧可能なメールアドレスがよい。

メールアドレスを登録済の場合はご記入いただく必要はありません。2025 年よりご登録のある会社担当者へは、開催案内のお知らせをお送りしております。お手元にメールが届かない会社のご担当者のみご登録ください。