

受講申込みにあたっての留意点

〔 受講申込書作成要領 〕

初めに受託責任者の資格は、**個人に対して生涯の資格**となります。

一度、患者給食受託責任者の資格を取得された方は、消滅（喪失）することはありません。会社を退社または患者給食受託責任者継続講習会を受講していないという理由で、資格を喪失するものではありません。

この点を充分留意され、受託責任者の資格を既に取得している方は、お申込みしないようお願い申し上げます。なお、この資格を既に取得しているか不明の場合は、当協会事務局まで連絡のうえご確認ください。

1. 受講申込書・受講資格証明書 別紙(会員用 4-1)・別紙(非会員用 4-2)

各社ご担当者は、受講希望者に受講申込書・受講資格証明書 別紙(会員用 4-1)、別紙(非会員用 4-2)及び受講申込書作成要領(別紙 3)をコピーしてお渡してください。

受講申込書を記入する場合は、黒か青インクまたはボールペンではっきり記入してください。鉛筆・シャープペンでの記入は受付不可。

本人以外が作成する場合には、氏名漢字・生年月日・ふりがなに誤りが無いよう、本人確認書類(健康保険被保険者証または運転免許証等)の写しから正確に転記してください。また協会より内容についてお問合せすることもありますので、

受講申込書のコピーをとる、または PDF で保存してご対応願います。

※ 途中申込を取消しされても、受講申込書・受講資格証明書等申請書類は返却しません。「個人情報保護に関する法律」を遵守し、書類は協会が責任をもって処分します。

2. 記入方法 (記入例は協会ホームページ「お知らせ」参照)

①「受講希望会場」を選択する(☑チェックする)。

②「受講申込者氏名」「ふりがな」「生年月日(和暦)」を記入してください。

なお、受講申込書記載の氏名と本人確認書類の氏名の漢字が異なる場合、本人確認書類の氏名を優先します。

- ・(例) 申込書氏名→渡辺、本人確認書類氏名→渡邊の場合、「渡邊」で登録。
- ・人名外字は常用漢字に置換して登録させていただく場合がありますのでご了承ください。

本人確認のため、『本人確認書類の写し』をご提出ください。

- ・本人確認書類の種類については、本文書 5.②(次頁)をご確認ください(提示書類のうちいずれか1つ)。

③「患者給食業務従事歴」

審査対象となる業務歴は、**病院・診療所・介護老人保健施設(介護医療院含む)の3施設、またはこれらの施設の給食を調理しているセントラルキッチン**となります。(実施要綱2)

病院とは医師または歯科医師が、公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行なう場所であって、20人以上の患者を入院させるための施設を有するものをいう。病院は傷病者が、科学的でかつ適正な診療を受けることができる便宜を与えることを主たる目的として組織され、かつ、運営されるものでなければならない。(医療法[定義]第1条の5)

また、社会福祉施設の中で、上記の条件を充たしていれば、施設の名称が病院でなくても、「種別」欄は病院に○を付して下さい(医師が常駐していて、診療科目を標榜している施設でベッド20床以上の場合のみ。ただし、特別養護老人ホーム等は該当しません)。

- (1) 「施設の名称」・「住所（市町村まで）」を記入。「種別」のいずれかを選択する。
- (2) 「勤務期間」を西暦で表記。
 - ・ 現在勤務している場合、最終行に必ず『2025/4』と記入（×「至現在」と表記しない）。
- (3) 「勤務年数」を施設ごとに算出し、「合計①欄」勤務年数の総合計（2026年4月末日時点）を記入。
※ 協会ホームページの Excel 版申込書の勤務年数および合計①(=合計従事歴年月数)は自動計算を設定しています。

④ 取得免許資格等について（申込書の(1)～(3)、複数欄の記入も可）

(1) 管理栄養士・栄養士の資格を取得している方（資格取得後、患者給食業務従事歴6ヵ月以上）

- ・ 「資格別」の管理栄養士／栄養士を選択する（チェック）。（※ 管理栄養士の栄養士情報は不要）
- ・ 「免許番号」、「取得年月日(西暦)」を記入。
- ・ <栄養士のみ>上記に加え「都道府県名」、「資格を取得した学校・養成施設」及び「卒業年月(西暦)」記入。
【2024年度から変更】患者給食業務従事歴：管理栄養士／栄養士ともに6ヵ月以上(サービスマーク制度に則って実施)

(2) 調理師の資格を取得している方（調理師資格取得後、患者給食業務従事歴2年以上）

- ・ 調理師の欄の「免許番号」、「都道府県名」、「取得年月日(西暦)」を記入。

※ なお、業務従事歴が資格取得後2年に満たない場合は、↓下記(3)も念のため記入してください。

(3) 上記(1), (2)の資格は持っていないが、高校卒業以上の学歴を有し、患者給食業務歴3年以上の方
中学校卒業の学歴を有し、患者給食業務歴10年以上の方

- ・ 「学校名」、「卒業年月(西暦)」を記入。

⑤ 会社証明欄には、「郵便番号」、「住所」、「会社名」、「代表者名」、「担当者名」、「担当者 TEL」、*「メールアドレス」（*未登録の会社のみ）を記入の上、必ず会社印を押印してください。

なお、**個人で申込みされる場合は**、会社証明欄に業務経歴の証明として、以前勤務していた会社または現在勤務されている会社のどちらかに記入・会社印の押印をお願いしてください。

以上、①～⑤に記載された内容について、当協会より各社ご担当者にお問合せする場合があります。必ずご担当者の氏名、連絡先(T E L / *メールアドレス(*未登録の場合のみ))を記入するようご注意ください。

3. 会社で申し込まれる場合、申込者が1名でも別紙(5)を記入し添付してください。その際、会社住所・電話番号、**メールアドレス**(ブロック体使用/*未登録のみ)等は担当者の勤務している場所の情報を記入してください。

4. 個人で受講を申し込まれる方は、別紙(6)を記入し添付してください。

5. 【応募書類】 下記①～③（個人申込の場合は①・②・④）の書類をそろえて協会宛に郵送してください。

① 受講申込書・受講資格証明書 別紙（会員用 4-1） or 別紙（非会員用 4-2）

② 本人確認書類の写し

（健康保険被保険者証、運転免許証、マイナンバーカード、戸籍謄本・抄本、住民票のいずれか1つ）

- ・ 本人確認書類について、**お名前・生年月日**が**鮮明で判読可能なもの**を添付してください。

- ・ 個人番号通知カード不可

③ 別紙(5)受講申込会場別内訳<法人申込専用>

④ 別紙(6)受講料請求先および修了証の送付先届<個人申込専用>

※ 受講申込書は郵送のみの受付です。F A X ・メールによる受付はできません。

【送付先】公益社団法人 日本メディカル給食協会 講習会事務局

〒101-0033 東京都千代田区神田岩本町15-1 CYK神田岩本町7階

ご不明な点がございましたら協会講習会事務局までお問合せください。（電話 03-5298-4161）