

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

(2026.03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	<input type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人
ふりがな	きょうかい はなこ		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	5年10月1日
受講申込者氏名	協会花子		<input checked="" type="checkbox"/> 平成		

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)⇒ (必須)個人受講者の TEL or メールアドレス

患者給食業務従事歴

必ず!施設の年月数を計算

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)〇〇〇〇	〇〇県〇〇市〇〇町	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
〇〇病院	〇〇県〇〇市〇〇	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
		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
×介護老人福祉施設
×特別養護老人施設は老健ではない。

【セントラルキッチン】は
病院・診療所・老健の給食調理の担当のみ

現在従事中は「2025年4月」と表記

2025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: 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計算・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 〇〇〇〇大学	<栄養士のみ> 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 患者給食従事歴: 高校卒業以上3年以上/中学卒業10年以上 卒業年月(西暦)

学校名	<資格を持っていない方>学校名/卒業年月を記入 調理師資格取得後 従事歴2年未満の場合も記入	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
〒

会社名

代表者名

担当者名

担当者 TEL

メールアドレス

〒

都道府県

会社印押印
押印もれは
返却します。

印

2026年 4月 〇〇日

日付記入

公益社団法人日本メディカル給食協会 殿

*

担当者名は必ず記載のこと

可能であれば、複数名閲覧可能なメール
アドレスがよい。

協会
承認印