

様式1号

患者給食受託責任者認定書再発行願

(FAX不可)

申請者氏名 _____ 印 (現在会社に勤務していない資格者氏名)

※下記「会社名」記入不要、枠内(1)現登録内容および(2)変更事項を記入して下さい。

連絡先TEL _____ FAX _____

会社名 _____ 印 (現在会社に勤務している資格者の会社記入)

会社担当者名 _____ ※下記枠内(1)現登録内容および(2)に変更事項を記入

連絡先TEL _____ FAX _____

(1) 現 登 録 内 容	氏 名	ふりがな
	生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
	認 定 番 号	
	認 定 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
(2) 変 更 事 項	再発行の理由等 〔該当欄□にチェック をいれてください。〕	<input type="checkbox"/> 氏名変更
		ふりがな (必須) 新 姓
		改姓年月日 (元号) 平成 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 紛失
		<input type="checkbox"/> 誤記載 ※上記(1)にご記入の上、誤記載部分に下線をひいて訂正して下さい

<注意> 手続きに必要な書類を添付して協会へご郵送ください。

[氏名変更]: ①旧姓から新姓になったことが確認できる書類

(運転免許証、戸籍抄本、健康保険証等写し)

②認定書(原本)、③返信用封筒(切手貼付・A4サイズ)

[紛失]: ①運転免許証、住民票、健康保険証等写し、②返信用封筒(切手貼付・A4サイズ)

[誤記載]: ①運転免許証、住民票、健康保険証等写し、②認定書(原本)

【送付先】〒101-0044 東京都千代田区鍛冶町1-6-17 フォルテ神田5階
(公社)日本メディカル給食協会
TEL 03-5298-4161