

## 患者給食受託責任者認定書再発行願

## 1. 現在会社に勤務していない有資格者の申請

※続いて3.変更内容について(太枠内)を記入してください。

申請者 氏名	㊟	日中連絡可能 TEL	
-----------	---	---------------	--

## 2. 現在会社に勤務している有資格者の申請(会社記入)

※続いて3.変更内容について(太枠内)を記入してください。

会社名	㊟	会社 担当者名	
TEL		FAX	

## 3. 変更内容について

(1) 現 登 録 内 容	氏名	ふりがな	
	生年月日	元号	年 月 日
	認定番号		
	認定年月日	年	月 日
(2) 変 更 事 項	再発行の理由等  ㊟ 変更箇所のみ ☑チェックしてくだ さい	<input type="checkbox"/> 氏名変更	
		ふりがな(必須)	
		新 姓	
		改姓年月日	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			

&lt;申請方法&gt;上記1または2,3(必須)を記入し必要な書類を添付して協会へご郵送ください(FAX 不可)。

[氏名変更]: ①旧姓から新姓になったことが確認できる本人確認書類の写し(運転免許証、健康保険証、戸籍抄本・謄本、住民票(旧姓表記のあるもの)等いずれか1つ)、

②認定書(原本)、③返信用封筒(切手貼付・A4サイズ)

[紛失]: ①本人確認書類の写し(運転免許証、健康保険証、住民票等いずれか1つ)

②返信用封筒(切手貼付・A4サイズ)

[誤記載]: ①本人確認書類の写し(運転免許証、健康保険証、住民票等いずれか1つ)

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 (ご不明な点は協会までお問合せください)