

様式1号

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氏名

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会社記入

会社名		㊟	会社 担当者名	
TEL		FAX		

※ 次に下記 3.変更内容について太枠内を入力してください。

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	昭和・平成	年	月	日	
	認定番号					
	認定年月日	元号 or 西暦	年	月	日	
(2) 変 更 事 項	再発行の理由等	<input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 誤記載				
	㊟1「登録変更項目→」 <input checked="" type="checkbox"/> にチェック ㊟2 誤記載の場合は「新 姓」に正しい氏名を入 れてください。	ふりがな(必須)				
		新 姓				
	改姓年月日(任意)	年	月	日		

<申請方法>上記 1 または 2、3(必須)を入力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、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)

*会社所属の場合のみ健康保険証受付可(個人の場合は旧姓が確認できないため不可)

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】(公社)日本メディカル給食協会 TEL 03-5298-4161

〒101-0033 東京都千代田区神田岩本町15-1 CYK 神田岩本町7階