受講番号

受講申込書・受講資格証明書

**太枠内の該当項目を記入**

（2024.03改）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講希望会場 | | | ０１ 札幌 | | | | | | | ０２ 東京 | | | | | ０３ 大阪 | | | | | | | ０４ 福岡 | | | | | | | | 法人　 個人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ふりがな | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | 昭和  平成 | | | | |  | | | | | | 年 | | |  | | 月 | | | |  | | | | | 日 |
| 受講申込者氏名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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**) ⇒ | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **患者給食業務従事歴** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設の名称 | | | | | | | | | 住　所（市町村まで） | | | | | | | 種　　別　※ | | | | 勤務期間（西暦） | | | | | | | | | | | | | | 勤務年数 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | 病 ・ 診 ・ 老健 ・  セントラルキッチン | | | | 自  至 |  | | | | 年 |  | | 月 | | | | | |  | | | | | 年 | | | |  | | | | ヵ月 | | |
|  | | | | 年 |  | | 月 | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | 病 ・ 診 ・ 老健 ・  セントラルキッチン | | | | 自  至 |  | | | | 年 |  | | 月 | | | | | |  | | | | | 年 | | | |  | | | | ヵ月 | | |
|  | | | | 年 |  | | 月 | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | 病 ・ 診 ・ 老健 ・  セントラルキッチン | | | | 自  至 |  | | | | 年 |  | | 月 | | | | | |  | | | | | 年 | | | |  | | | | ヵ月 | | |
|  | | | | 年 |  | | 月 | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | 病 ・ 診 ・ 老健 ・  セントラルキッチン | | | | 自  至 |  | | | | 年 |  | | 月 | | | | | |  | | | | | 年 | | | |  | | | | ヵ月 | | |
|  | | | | 年 |  | | 月 | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | 病 ・ 診 ・ 老健 ・  セントラルキッチン | | | | 自  至 |  | | | | 年 |  | | 月 | | | | | |  | | | | | 年 | | | |  | | | | ヵ月 | | |
|  | | | | 年 |  | | 月 | | | | | |
| ※**種別**：病=病院、診＝診療所、老健=○介護老人保健施設(×介護老人福祉施設、×特別養護老人ホーム) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **合　　　計 ①　→** | | | | | | | | | |  | | | | | | 年 | | | |  | | | | ヵ月 | | |
| **（１）\*管理栄養士・栄養士**の資格を有している方 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 資格別 | | | | 免許番号 | | | | | | | | | | ↓【栄養士のみ】 都道府県名 | | | | | | | | | | 取得年月日 （西暦） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理栄養士  栄養士 | | | | 第 | | |  | | | | | | 号 |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | 年 | | | | | |  | | | | 月 | | | |  | | 日 | | |
| 【栄養士のみ】→ | | | | 学校名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | ↓【栄養士のみ】 卒業年月（西暦） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 資格を取得した学校・養成施設 | | | |  | | | | | | | 年 | | | | | |  | | | | | | | | | | 月 | | |
| **（２） 調理師**の資格を有している方 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 資格別 | | | | 免許番号 | | | | | | | | | | 都道府県名 | | | | | | | | | | 取得年月日 （西暦） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 調理師 | | | | 第 | | |  | | | | | | 号 |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | 年 | | | | |  | | | | | 月 | | | |  | | 日 | | |
| （**３） (1)(2)の資格を持っていない方** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 卒業年月 （西暦） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 学校名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | 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  (〒ハイフンなし) | | | | | 〒 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 都 道  府 県 | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 会 社 名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **㊞** | | | | | | | |
| 代表者名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2025 | 年 | ４ | | | | 月 | |  | | | 日 | 担当者名(必須)\*  (必須) | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 協会  担当印 | | | | | | | |
| 公益社団法人 日本メディカル給食協会　　殿 | | | | | | | | | | | | 担当者TEL(必須)\* | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| メールアドレス(必須)\* | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |