

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

(2024.03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		勤務期間(西暦表記)		勤務年数
施設の名称	住所(市町村まで表記)	種別		
(老健)○○○○	○○県○○市○○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
○○病院	○○県○○市○○	病・診・老健・セントラルキッチン	自 2015年 12月 至 2025年 4月	11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
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→	16年 11か月

(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	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 ○○○○大学	【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	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	〒	都道府県
	会社名		
	代表者名		
	担当者名		
2025年 4月 ○○日 日付記入	担当者 TEL		
公益社団法人日本メディカル給食協会 殿	メールアドレス		

\*記入がないと問合せに時間がかかるため、特に「担当者名」「担当者の連絡先(TEL・メールアドレス)は必須項目