**受　講　願　書**

**公益財団法人　日本健康・栄養食品協会**

**理 事 長　 殿**

**私は，貴協会の｢食品保健指導士養成講習会｣を受講したいので，必要事項を記入の上申込みいたします。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ﾌﾘｶﾞﾅ** | |  | | | | | | | | |
| **氏　名** | |  | | | | | | | | |
| **生年月日** | | 西暦　　　　　年　 　　　月　 　 　　日　（満　　　歳） | | | | | | | | |
| **自宅住所** | | 〒 | | | | | | | 携帯番号（　　 　　）  　　　　― | |
| 電話番号 | | (　　　　)　　　　- | | | E-mail | | |  | | |
| **勤**  **務**  **先** | フリガナ  会社名  所属部署 | | | | | | | | 当協会会員・一般の区別 | |
| 会員　　　一般 | |
| 住　所　〒 | | | | | | | | | |
| 電話番号（　　　　　）　　　　― | | | | | ＦＡＸ（　　　　　）　　　― | | | | |
| Ｅ-mail | | | | | | | | | |
| 現在の主な業務内容（該当事項に丸印をつけてください。） | | | | | | | | | |
| 製造業 → ・製品企画･研究･開発　　・製造･加工　　・流通･販売　　・教育･指導･相談  ・その他（　　　　　　　　　　　）  販売業 → ・商品企画･仕入　・流通･販売･営業 　・教育･指導･相談　・その他（　　　　　　　）  その他 → ・輸出･輸入業　　・人材派遣･ﾍﾙｽｹｱ-　・病院･診療所　・薬局･薬店　　・官公庁関係  　　　　　・その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| **資格の**  **有　無** | | 有 → 医師　　歯科医師　　薬剤師　　管理栄養士　　栄養士  看護師　　保健師　　助産師　　登録販売者　その他の資格（　　　　　　）  無 　 関連業務経験年数通算　　２年未満　　２年以上 | | | | | | | | |
| **最終学歴** | | 年  　　　 月 | | 中学校　　高等学校　　専修学校　　各種専門学校　 　短期大学　 　大学　 　大学院  その他（　　　　　　 　　　　　　　　　　　） | | | | | | 卒　業  中　退  卒業見込み |
| 学校名 | | | | | 学科名 | | | |
| **関連業務経験年数** | | | 通算　　　　年　　　　月 | | | | | | | |
| **緊急時の連絡先**　　 自宅　・　勤務先　・　その他→  　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話( )　　　　- | | | | | | | | | | |

**【協会使用欄】**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **区　　　分** | **会員　　一般　　会員相当（　　　）** | |  | **資格区分** |
| **受講票発行日** |  | **認定試験料納入日** |  | 1. **２) ３）** |
| **受講料納入日** |  | **認定手数料納入日** |  |  |
| **認定証書発行日** |  |  |