

別紙様式第2の① <記入例>

注意

- (1) 記入は必ず申込者自身が行ってください。
- (2) 記入は黒か青のインクのペン又はボールペンをうい、該当事項を太線枠内に字をくずさずに記入してください。
- (3) 記入を誤った場合は、必ず受験者本人の印鑑または自署により訂正し、提出してください。
- (4) 資格に関する事項について、記入もれ、誤記があった場合は受験できません。十分注意してください。
- (5) 実務証明書、実務見込証明書の記載内容と相違ないように注意してください。
- (6) 実務終了（見込）期間は、実施施設が2ヶ所以上あり、一方の施設で規定の実務期間の一部を終え、他方で不足の実務を行っている場合は、実務証明書に記載した期間と、実務見込証明書に記載した期間を両方記入してください。
- (7) 実務期間が6ヶ所以上の場合、下および右の余白に「実務終了（見込）期間」と「終了・見込み」を手書きで記載してください。
- (8) ホームページから様式をダウンロードした場合、コピーして差し支えありませんが、必ず3枚提出してください。
 なお、1枚目を自筆で記載、残りの2枚をコピーし、右上2枚目に「地方厚生局控え」、3枚目に「厚生労働省控え」と記載してください。

別紙様式第2の②の記入にあたっては、第13回以降の受験票を貼付し、記入事項は下記を参照してください。

別紙様式第2の①
 <第13回以降の受験票を持っていない者>

第24回管理栄養士国家試験

コンピューター入力カード

コンピューター入力用
整理番号

平成 22 年 / 月 8 日

署名 **田中 太郎**

受験希望地 ①北海道 2.宮城県 3.東京都 4.愛知県 5.大阪府 6.岡山県 7.福岡県 8.沖縄県

フリガナ **タナカ タロウ** 性別 **男** 生年 **昭和61年11月05日**

氏名 **田中 太郎** 本籍地の都道府県コード **01 北海道**

住所 **北海道 札幌市白石区青葉町 1-24-36** TEL. **011-231-XXXX** 〒 **003-0000**

学校 1.大学・専門学校(管理栄養士課程)4年 2.大学(栄養士課程)4年 3.短期大学(栄養士課程)3年
 4.短期大学(栄養士課程)2年 5.専門学校(栄養士課程)2年 6.専門学校(栄養士課程)3年
 7.専門学校(佐伯)特例3年 8.短期大学(栄養士課程)4年 9.専門学校(栄養士課程)4年

学校名 **北海道文教短期大学** 学校コード **01410**

卒業 ①既卒業者 卒業(見込)年 月 日 **昭和61年03月**
 2.卒業見込者

管理栄養士課程の者のみ記載すること。 4年制の管理栄養士課程を
 1.履修している
 2.履修していない

栄養士免許 ①既取得者 取得年月日 **昭和61年03月25日**
 2.取得見込者

学位授与機構の認定する栄養学に関する専攻科を履修している。
 1.専攻科1年(31単位以上)
 2.専攻科2年(62単位以上)

実務期間(見込み) ①既に、規定の実務を終了している。
 ②現在、規定の実務を終了していないが、平成22年3月31日までに規定の実務を終了する見込である。

実務期間(見込みを含む) 計 **03**年 **00**ヶ月

実務終了(見込)期間

1	2	3	4	5	6
昭和61年04月01日 ~ 昭和62年03月31日					
1. 終了 2. 見込み	1. 終了 2. 見込み	1. 終了 2. 見込み	1. 終了 2. 見込み	1. 終了 2. 見込み	1. 終了 2. 見込み

7
8
9

実施施設が6ヶ所以上の場合、下および右の余白に「実務終了(見込)期間」と「終了・見込み」を手書きで記載してください。

別紙様式第3 <記入例>

25cm (表面)

第24回 管理栄養士国家試験写真台紙

受験地	北海道	受験番号	※	号
ふりがな	たなか たろう	本籍地 (都道府県のみ記入)	北海道	
氏名	田中 太郎	連住所	003-0000 札幌市 白石区青葉町1-24-36	
性別	⊙ 男 女	電話	(011)231-XXXX	
生年月日	昭和61年 11月 5日	勤務先	青葉病院栄養科	
		電話	(011)231-0000	

写真貼付欄
(枠内に貼付のこと)

出願前6ヶ月以内に脱帽して正面から無背景で撮影した縦6cm、横4cmの上半身像であって、その裏面に撮影年月日及び氏名を記入し、所定の枠内に貼り付けること。
(スナップ写真は不可)

平成22年 / 月 8日 撮影

11cm

連絡のとれる電話を記入すること（携帯可）。

日中、連絡のできる施設を記入すること。現在、無職の者は未記入で構わない。

(裏面)

注 意

- 1) この表の記入は青または黒インク・ボールペンを用い、文字は楷書ではっきりと記載すること。ただし※印欄は記載しないこと。
- 2) 受験地は受験しようとする受験地、例えば北海道、東京都等のように記載すること。
- 3) 氏名は必ず「ふりがな」を付けること。男女のいずれか該当する文字を○で囲むこと。
- 4) 本籍及び現住所は略記することなく、詳細に記載すること。
なお、現住所は他の者の住居に同居している場合は、「何某方」も必ず記載すること。
- 5) 写真は出願前6ヶ月以内に、正面上半身、無背景脱帽で撮影したもので、縦6センチメートル、横4センチメートルとし、写真の貼付欄にはり、撮影年月日を記載すること。
- 6) スナップ写真厳禁とする。
- 7) 記入を誤った場合は、必ず受験者本人の印鑑または自署により訂正し、提出すること。
- 8) 連絡先の電話番号（携帯可）は、日中つながるものを記入すること。

別紙様式第5の① <記入例>

作成にあたっての注意

- (1) 記入は黒か青のインクのペン又はボールペンを用い、字をくずさずに記入してください。
- (2) 記入もれ、誤記があった場合は受験できません。十分注意してください。
- (3) 記入もれ、誤記のないよう、の事項について確認 (にVをつける) しながら、記入してください。

第24回管理栄養士国家試験 別紙様式第5の①

規定の実務を終了している者

規定の実務の一部を終了している者*

実務証明書
(栄養士業務従事証明書)

氏名	栄養 花子		栄養士免許 取得年月日	昭和 (平成) 18年3月25日
生年月日	昭和60年8月5日	免許番号	都道府県名 北海道 第1111号	
1 実務施設の名称	青葉病院		電話番号	011-231-0000
所在地	札幌市〇〇区〇〇町〇〇番地			
2 実務期間	昭和 (平成) 18年4月1日	～	昭和 (平成) 22年1月4日	実務期間 3年9ヶ月4日
3 厚生労働省令で定める施設の種類の種類 (該当する記号を1つ選んで○印で囲むこと。)	<input checked="" type="radio"/> 寄宿舍・学校・病院・社会福祉施設その他事業所の給食施設 <input type="radio"/> 食品の製造、加工、調理又は販売を業とする営業施設 <input type="radio"/> 学校、専修学校又は各種学校 <input type="radio"/> 栄養に関する研究施設 <input type="radio"/> 保健所その他の栄養に関する事務を所掌する行政機関 <input type="radio"/> 栄養に関する知識の普及向上その他の栄養の指導の業務が行われている施設			
4 栄養指導業務の内容 (該当するものすべてを○印で囲むこと。)	<input checked="" type="radio"/> 献立作成 <input checked="" type="radio"/> 食品材料の選択 <input checked="" type="radio"/> 栄養に関する教育 <input type="radio"/> 栄養に関する調査研究 <input type="radio"/> 栄養行政に関する業務 <input checked="" type="radio"/> 栄養に関する相談、指導 <input type="radio"/> 栄養に関する知識の普及向上			
A 上記のとおり、厚生労働省令で定める施設において、栄養士として栄養の指導に従事していることを証明します。	平成22年1月4日		平成22年1月7日	
実務施設名	青葉病院	印	受託会社名	株式会社若葉フードサービス
実務施設長名	院長 青葉 一郎	職印	受託会社社長名	若葉 正
				印

栄養士免許取得(登録)日以降の日付となっているか。

実務施設名が一致しているか。
 該当する記号を○印で囲んでいるか。

実務終了日以降の日付で証明しているか。



改正前の栄養士法で規定する受験資格(P26参照)で受験する場合は、平成17年3月31日までに実務が終了しているか。

注意 ○1. の実務施設の名称、所在地は実際に仕事をしている施設(実務施設)を記入すること。
 受託会社を記入するものではない。証明欄Aは、実務施設の証明をとること。
 ○実際に仕事をしている施設(実務施設)と雇用されている会社が異なる(委託や派遣など)場合は、A欄とB欄の証明をとること。
 ○証明印はいずれも職印とすること。なお、施設において職印がない場合には施設長の個人印でも構わない。
 ○パート又は非常勤で栄養指導業務に従事している場合であっても、週4日以上かつ1日6時間以上勤務している場合には、実務として認める(週3日で1日8時間や、週5日で1日5時間等の場合は、実務として認められない)。
 ※実務施設が2ヶ所以上あり、一方の施設で規定の実務期間の一部を終え、他方で不足の実務を行っている場合は、「実務証明書」(別紙様式第5の①)及び「実務終了見込証明書」(別紙様式第5の②)を作成し、提出すること。
 ○記載事項に誤りがあり、訂正する場合は、必ず記載した証明者の印により訂正し、提出すること。
 出願者個人の訂正印は認められない。

第24回管理栄養士国家試験 別紙様式第5の②

平成22年3月31日までに規定の実務を終了見込みの者
規定の実務の一部が終了見込みの者*も含む

実務終了見込証明書
(栄養士業務従事見込証明書)

氏名	田中 太郎		栄養士免許 取得年月日	昭和 19 年 3 月 25 日 (平成)
生年月日	昭和 61 年 11 月 5 日	免許番号	都道府県名 北海道 第 1111 号	
1 実務施設の名称	青葉病院		電話番号	011-231-0000
所在地	札幌市〇〇区〇〇町〇〇番地			
2 実務期間 (終了見込みを含む)	平成 19 年 4 月 1 日 ~ 平成 22 年 3 月 31 日 (平成22年3月31日までに規定の実務が終了すること)		実務期間 (終了見込みを含む)	3 年 0 月 日
3 厚生労働省令で定める施設の種類の種類 (該当する記号を1つ選んで○印で囲むこと。)				
<input checked="" type="radio"/> ア 寄宿舍・学校・病院・社会福祉施設その他事業所の給食施設 <input type="radio"/> イ 食品の製造、加工、調理又は販売を業とする営業施設 <input type="radio"/> ウ 学校、専修学校又は各種学校 <input type="radio"/> エ 栄養に関する研究施設 <input type="radio"/> オ 保健所その他の栄養に関する事務を所掌する行政機関 <input type="radio"/> カ 栄養に関する知識の普及向上その他の栄養の指導の業務が行われている施設				
4 栄養指導業務の内容 (該当するものすべてを○印で囲むこと。)				
<input checked="" type="radio"/> ア 献立作成 <input checked="" type="radio"/> イ 食品材料の選択 <input checked="" type="radio"/> ウ 栄養に関する教育 <input type="radio"/> エ 栄養に関する調査研究 <input type="radio"/> オ 栄養行政に関する業務 <input checked="" type="radio"/> カ 栄養に関する相談、指導 <input type="radio"/> キ 栄養に関する知識の普及向上				
A 上記のとおり、厚生労働省令で定める施設において、栄養士として栄養の指導に従事していることを証明します。		B 左記の施設から給食業務等の委託を受けていることを証明します。		
平成 22 年 1 月 4 日		平成 22 年 1 月 7 日		
実務施設名 青葉病院		受託会社名 株式会社 若葉		
実務施設長名 院長 青葉一郎		受託会社社長名 若葉正		
				

実務施設名が一致しているか。
該当する記号を○印で囲んでいるか。

3年に満たない
記載例
平成19年4月2日
~平成22年3月31日

実務終了見込
以前の日付で証明し
ているか。

注意 ○1. の実務施設の名称、所在地は実際に仕事をしている施設 (実務施設) を記入すること。
 受託会社を記入するものではない。証明欄Aは、実務施設の証明をとること。
 ○実際に仕事をしている施設 (実務施設) と雇用されている会社が異なる (委託や派遣など) 場合は、A欄とB欄の証明をとること。
 ○証明印はいずれも職印とすること。なお、施設において職印がない場合には施設長の個人印でも構わない。
 ○パート又は非常勤で栄養の指導に従事している場合であっても、週4日以上かつ1日6時間以上勤務している場合については、実務として認める (週3日で1日8時間や、週5日で1日5時間等の場合は、実務として認められない)。
 ○受験願書提出時に規定の実務を終了していない者に対しては、平成22年3月31日までに規定の実務が終了する見込みであることを証明した「実務終了見込証明書」(別紙様式第5の②)を提出し、受験後、期日に見込みであった期間を終了したことを証明する「実務終了証明書」(別紙様式第5の③)を提出すること。提出が無い場合は受験は無効になるので注意すること。
 ※実務施設が2ヶ所以上あり、一方の施設で規定の実務期間の一部を終え、他方で不足の実務を行っている場合は、「実務証明書」(別紙様式第5の①)及び「実務終了見込証明書」(別紙様式第5の②)を作成し、提出すること。
 ○記載事項に誤りがあり、訂正する場合は、必ず記載した証明者の印により訂正し、提出すること。出願者個人の訂正印は認められない。

第24回管理栄養士国家試験 別紙様式第5の③

実務終了見込み証明書を提出した者

実務終了証明書 (栄養士業務従事証明書)

願書提出時に「実務終了見込証明書」(別紙様式第5の②)を提出した者に対しては、実務が終了したことを証明する「実務終了証明書」(別紙様式第5の③)を提出する必要があり、**平成22年4月1日(木)から同年4月7日(水)**までに提出がなかった場合には受験は無効となるので注意すること。

受験地	北海道	受験番号	8888
氏名	田中 太郎	栄養士免許 取得年月日	昭和 19 年 3 月 25 日 (平成)
生年月日	昭和 61 年 11 月 5 日	免許番号	都道府県名 北海道 第 1111 号
1 実務施設の名称	青葉病院	電話番号	011-231-0000
所在地	札幌市〇〇区〇〇町〇〇番地		
2 実務期間	平成 19 年 4 月 1 日 ~ 平成 22 年 3 月 31 日 (平成22年3月31日までに規定の実務が終了していること)		実務期間 3 年 0 月 日
3 厚生労働省令で定める施設の種類の種類 (該当する記号を1つ選んで○印で囲むこと。)	<input checked="" type="radio"/> ア 寄宿舍・学校・病院・社会福祉施設その他事業所の給食施設 <input type="radio"/> イ 食品の製造、加工、調理又は販売を業とする営業施設 <input type="radio"/> ウ 学校、専修学校又は各種学校 <input type="radio"/> エ 栄養に関する研究施設 <input type="radio"/> オ 保健所その他の栄養に関する事務を所掌する行政機関 <input type="radio"/> カ 栄養に関する知識の普及向上その他の栄養の指導の業務が行われている施設		
4 栄養指導業務の内容 (該当するものすべてを○印で囲むこと。)	<input checked="" type="radio"/> ア 献立作成 <input checked="" type="radio"/> イ 食品材料の選択 <input checked="" type="radio"/> ウ 栄養に関する教育 <input type="radio"/> エ 栄養に関する調査研究 <input type="radio"/> オ 栄養行政に関する業務 <input checked="" type="radio"/> カ 栄養に関する相談、指導 <input type="radio"/> キ 栄養に関する知識の普及向上		
A 上記のとおり、厚生労働省令で定める施設において、栄養士として栄養の指導に従事していることを証明します。	B 左記の施設から給食業務等の委託を受けていることを証明します。		
平成 22 年 3 月 31 日	平成 22 年 4 月 3 日		
実務施設名 青葉病院 実務施設長名 院長青葉一郎	受託会社名 株式会社若葉フードサービス 受託会社社長名 若葉正		

実務施設名が一致しているか。
該当する記号を○印で囲んでいるか。

平成22年3月31日までに実務が終了しているか。

実務終了日以降の日付で証明しているか。

注意 ○1.の実務施設の名称、所在地は実際に仕事をしている施設(実務施設)を記入すること。
 受託会社を記入するものではない。証明欄Aは、実務施設の証明をとること。
 ○実際に仕事をしている施設(実務施設)と雇用されている会社が異なる(委託や派遣など)場合は、A欄とB欄の証明をとること。
 ○証明印はいずれも職印とすること。なお、施設において職印がない場合には施設長の個人印でも構わない。
 ○パート又は非常勤で栄養の指導に従事している場合であっても、週4日以上かつ1日6時間以上勤務している場合については、実務として認める(週3日で1日8時間や、週5日で1日5時間等の場合は、実務として認められない)。
 ※実務施設が2ヶ所以上あり、受験願書提出時に「実務証明書」(別紙様式第5の①)及び「実務終了見込証明書」(別紙様式第5の②)の2種類を提出した者は、「実務終了見込証明書」(別紙様式第5の②)に該当する期間のみ、「実務終了証明書」(別紙様式第5の③)を作成し、提出すること。
 ○記載事項に誤りがあり、訂正する場合は、必ず記載した証明者の印により訂正し、提出すること。
 出願者個人の訂正印は認められない。