

別紙様式第2 <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「臨時事務所控え」、3枚目に「厚生労働省控え」と記載してください。

氏名・生年月日・本籍地は戸籍に記載されているとおり記入してください。
 濁点・半濁点は1マスとして記入してください。

受験票、合格証書等を送付しますので、必ず届くように番地、団地の棟番号、アパート名等まで詳しく記入してください。
 同居の場合は、同居先まで記載してください。
 願書提出後に住所が変更になった場合、必ず郵便局に変更届を出してください。

該当する番号に○印をつけてください。

該当者のみ記入してください。

栄養士免許取得（登録）日以降の日付でなければ実務とみなされません。

別紙様式第2の①
 <第25回以降の受験票を持っていない者>

第26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 24 年 / 月 7 日

署名 **田中 太郎**

誓約：下記記載事項が、事実と相違がある場合は合格を取り消されても異存のないことを誓約します。

注意：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。

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 **タケカ** **タロウ** 性別 **男** 生年 **昭和62** 年 **1** 月 **05** 日

氏名 **田中 太郎** 本籍地の都道府県コード **01** **北海** 都道府県

*氏名は、戸籍（日本国籍を有しない者については、外国人登録原票）に記載されている文字を使用すること。

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

栄養士養成施設 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21** 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21** 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。
 該当者のみ記載すること。
 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24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 ※合計を記載。

※実務開始日から、規定の実務を終了する見込みの日までを記入すること。
 ※実務施設が数カ所にわたる場合、実務施設ごとに記載すること。

実務終了(見込)期間		終了・見込み(いずれかに○をすること。)
1	昭和平成 21 年 04 月 01 日 ~ 昭和平成 24 年 03 月 31 日	1. 終了 ② 見込み
2	昭和平成 年 月 日 ~ 昭和平成 年 月 日	1. 終了 2. 見込み
3	昭和平成 年 月 日 ~ 昭和平成 年 月 日	1. 終了 2. 見込み
4	昭和平成 年 月 日 ~ 昭和平成 年 月 日	1. 終了 2. 見込み
5	昭和平成 年 月 日 ~ 昭和平成 年 月 日	1. 終了 2. 見込み
6		

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。

未記入

必ず署名してください。

該当する番号に○印をつけてください。

該当するものに○印をつけてください。

本籍地の都道府県コード番号を記入してください(日本国籍を有しない者は48と記入してください)。

本籍地の都道府県名を記入してください(日本国籍を有しない者は国籍を記入してください)。

該当する番号に○印をつけてください。

養成施設コード一覧表の施設名及び番号を記入してください。

該当者のみ記入してください。(卒業見込者は1に○をすること。)

栄養士免許を初めて取得した年月日を記入してください。取得見込者は記入不要です。

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。