

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✓をつける)しながら、記入してください。

第29回管理栄養士国家試験 別紙様式第5の①		<input type="checkbox"/> 標定の実務を終了している者	<input type="checkbox"/> 標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)																																																											
<div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 栄養士免許 取得(登録) 日以降の日 付となって いるか。 </div> <div style="margin-left: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">氏名</td> <td style="width: 40%;">田中 太郎</td> <td style="width: 15%;">栄養士免許 取得年月日</td> <td style="width: 30%;">昭和 23年 3月 25日 <small>(平成)</small></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>昭和 2 年 11 月 5 日</td> <td>免許番号</td> <td>都道府県名 北海道 第 1111 号</td> </tr> </table> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> 実務施設名 が一致して いるか。 </div> <div style="margin-left: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">1 実務施設の名称</td> <td style="width: 40%;">青葉病院</td> <td style="width: 30%;">電話番号</td> <td>011-231-0000</td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td colspan="3">札幌市白石区青葉町1-24-36</td> </tr> <tr> <td>2 実務期間</td> <td>昭和 23年 4 月 1 日 ~</td> <td>昭和 27年 1 月 4 日</td> <td>実務期間 3年9ヶ月4日</td> </tr> </table> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> 该当する記号を ○印で囲んで いるか。 </div> <div style="margin-left: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4" style="padding: 5px;">3 厚生労働省令で定める施設の種類(該当する記号を1つ選んで○印で囲むこと。)</td> </tr> <tr> <td colspan="4"> (ア) 寄宿舎・学校・病院・社会福祉施設その他事業所の給食施設 イ 食品の製造、加工、調理又は販売を業とする営業施設 ウ 学校、専修学校又は各種学校 エ 栄養に関する研究施設 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 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 </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding: 5px;">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。)</td> </tr> <tr> <td colspan="4"> (ア) 献立作成 (イ) 食品材料の選択 (ウ) 栄養に関する教育 エ 栄養に関する調査研究 オ 栄養行政に関する業務 カ 栄養に関する相談、指導 キ 栄養に関する知識の普及向上 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">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。</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B 左記の施設から給食業務等の委託を受けていますことを証明します。</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">平成 27年 1 月 4 日</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">平成 27年 1 月 10 日</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">実務施設名 青葉病院</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">受託会社名 株式会社若葉フードサービス</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">実務施設長名 院長 青葉一郎</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">受託会社社長名 若葉正</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; padding: 5px;"> 印 <small>職印</small> </td> </tr> </table> </div>	氏名	田中 太郎	栄養士免許 取得年月日	昭和 23年 3月 25日 <small>(平成)</small>	生年月日	昭和 2 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	札幌市白石区青葉町1-24-36			2 実務期間	昭和 23年 4 月 1 日 ~	昭和 27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(該当する記号を1つ選んで○印で囲むこと。)				(ア) 寄宿舎・学校・病院・社会福祉施設その他事業所の給食施設 イ 食品の製造、加工、調理又は販売を業とする営業施設 ウ 学校、専修学校又は各種学校 エ 栄養に関する研究施設 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 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。)				(ア) 献立作成 (イ) 食品材料の選択 (ウ) 栄養に関する教育 エ 栄養に関する調査研究 オ 栄養行政に関する業務 カ 栄養に関する相談、指導 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ますことを証明します。		平成 27年 1 月 4 日		平成 27年 1 月 10 日		実務施設名 青葉病院		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		受託会社社長名 若葉正		印 <small>職印</small>				<div style="font-size: small; margin-bottom: 5px;">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。</div> <div style="font-size: small; margin-bottom: 5px;">○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。</div> <div style="font-size: small; margin-bottom: 5px;">○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。</div> <div style="font-size: small; margin-bottom: 5px;">○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)。</div> <div style="font-size: small; margin-bottom: 5px;">※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。</div> <div style="font-size: small; margin-bottom: 5px;">○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。</div>		
	氏名	田中 太郎	栄養士免許 取得年月日	昭和 23年 3月 25日 <small>(平成)</small>																																																							
	生年月日	昭和 2 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	札幌市白石区青葉町1-24-36																																																									
	2 実務期間	昭和 23年 4 月 1 日 ~	昭和 27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(該当する記号を1つ選んで○印で囲むこと。)																																																										
	(ア) 寄宿舎・学校・病院・社会福祉施設その他事業所の給食施設 イ 食品の製造、加工、調理又は販売を業とする営業施設 ウ 学校、専修学校又は各種学校 エ 栄養に関する研究施設 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 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。)																																																										
	(ア) 献立作成 (イ) 食品材料の選択 (ウ) 栄養に関する教育 エ 栄養に関する調査研究 オ 栄養行政に関する業務 カ 栄養に関する相談、指導 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ますことを証明します。																																																									
平成 27年 1 月 4 日		平成 27年 1 月 10 日																																																									
実務施設名 青葉病院		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		受託会社社長名 若葉正																																																									
印 <small>職印</small>																																																											