

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用い、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ヵ所以上あり、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ヵ所以上の場合、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。

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31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 29 年 / 月 10 日

署名 田中 太郎

受検希望地 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
氏名 田中 太郎

性別 男 生年 昭和 04 年 1 月 05 日
本籍地の都道府県コード 01 北海道

※氏名は、戸籍（中长期在留者については、在留カード又は住民票、特別永住者については、特別永住者証明書又は住民票、短期在留者については、旅券その他の身分を証する書類等）に記載されている文字を使用すること。

現住所 〒 003-0000 北海道 札幌市白石区田町1-24-XX
TEL. 011-231-XXXX

栄養士養成施設
学校名 北海道文教大学短期大学部 学 校 01410

卒業 ①既卒業者 卒業（見込）年 月 昭和 25 年 03 月
②卒業見込者 取得年月日 昭和 25 年 03 月 25 日

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

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29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

	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 26 年 04 月 01 日 ~ 昭和 29 年 03 月 31 日	1. 終了 ② 見込み
2	昭和 年 月 日 ~ 昭和 年 月 日	1. 終了 2. 見込み
3	昭和 年 月 日 ~ 昭和 年 月 日	1. 終了 2. 見込み
4	昭和 年 月 日 ~ 昭和 年 月 日	1. 終了 2. 見込み
5	昭和 年 月 日 ~ 昭和 年 月 日	1. 終了 2. 見込み
6		

7
8
9

実施施設が6ヵ所以上の場合、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。

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。

実務期間（見込みを含む） 計 03 年 00 ヶ月
※合計を記載。

該当する番号に○印をつけてください。

受検票、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、必ず郵便局に転居届を出してください。

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。

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。

都道府県コード
01北海道
02青森県
03岩手県
04宮城県
05秋田県
06山形県
07福島県
08茨城県
09栃木県
10群馬県
11埼玉県
12千葉県
13東京都
14神奈川県
15新潟県
16富山県
17石川県
18福井県
19山梨県
20長野県
21岐阜県
22静岡県
23愛知県
24三重県
25滋賀県
26京都府
27大阪府
28兵庫県
29奈良県
30和歌山県
31鳥取県
32島根県
33岡山県
34広島県
35山口県
36徳島県
37香川県
38愛媛県
39高知県
40福岡県
41佐賀県
42長崎県
43熊本県
44大分県
45宮崎県
46鹿児島県
47沖縄県
48その他

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。