

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				栄養士免許 取得年月日	昭和 平成	年	月	日	
生年月日	昭和 平成	年	月	日	免 許 番 号	都道府県名	第	号	
1 実務施設の名称					電話番号				
所在地									
2 実務期間	昭和 平成	年	月	日	～	昭和 平成	年	月	日
実務期間		年 ヶ月 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。）									
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、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ることを証明します。				
平成 年 月 日					平成 年 月 日				
実務施設名					受託会社名				
実務施設長名 職印					受託会社社長名 職印				

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。
○幼保連携型認定こども園の場合、3.厚生労働省令で定める施設の種類の種類は、業務の内容に応じア又はカから1つ選んで○印で囲むこと。
○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、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。