

第40回管理栄養士国家試験 別紙様式第5

実務証明書 (栄養士業務従事証明書)

氏名	田中 太郎		栄養士免許 取得年月日	昭和 平成 令和	3	年	3	月	25	日	
生年月日	昭和 平成	12	年	11	月	5	日	栄養士免許を 取得した都道府県名	北海道	免許 番号	第XXXX号
1 実務施設の名称	青葉病院		電話番号	011-861-0000							
所在地	札幌市白石区青葉町1-24-XX										
2 実務期間	西暦2021年4月1日～西暦2025年12月4日								実務期間 4年8ヶ月4日		
3 厚生労働省令で定める施設の種類の記号を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・事業所その他の給食施設 <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、各種学校、幼保連携型認定こども園 <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の記号を○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 checked="" 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。	令和7年12月4日		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。								
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		

実務期間の開始日は、栄養士免許取得(登録)日以降の日付となっているか。

栄養士免許を初めて取得した年月日を記入すること。

免許番号と免許を取得した都道府県名が正しく記入されているか。

就業中の者は期間を区切って書くこと。

実務期間が正しく記入されているか。

実務期間の終了日は、A欄の証明日以降の日付となっているか。

Aの証明日以降の日付で証明されているか。

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。

注意 ○この実務証明書を施設の証明者(施設長)に作成してもらう際は、この証明書と「第40回管理栄養士国家試験受験要領」を見せ、証明してもらうこと。
 ○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)。
 ○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(証明欄Aの証明印)により訂正し、提出すること。B欄の証明日等の誤りの場合は、B欄と同じ印により訂正すること。出願者個人の訂正印は認められない。