山口県健康づくりセンター 健康企画･研修班 あて　**FAX：083-934-2209**

別紙１

特定給食施設等研修　受講申込書

令和 ６年　　月　　日

公益財団法人山口県健康福祉財団

山口県健康づくりセンター長　様

|  |
| --- |
| 施設(所属)名： |
| 所在地の市町名：　　　　　　　　市・町 |
| 電話番号： |
| ＦＡＸ番号： |

標記研修会に下記のとおり申し込みます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 所属施設名（または給食提供施設名） |  |
| 部署名（または給食委託会社名） |  |
| 所属施設番号該当する右記番号を記入ください。複数の施設を兼ねている場合は、給食提供数の多い施設の番号をお選びください。 |  | **１**　病　院**２**　小学校・中学校・特別支援学校・共同調理場・給食センター等**３**　幼稚園・保育所(園)・認定こども園**４**　児童福祉施設（保育所(園)を除く）**５**　介護老人保健施設・老人福祉施設・有料老人ホーム・介護医療院等**６**　社会福祉施設（児童福祉施設、老人福祉施設を除く）**７**　事業所･寄宿舎等　　　**８**　行　政　　　**９**　その他（給食施設以外） |
| 受講者氏名 | 職種 | 給食施設管理者の方は○を記入 | 備考欄 |
|  | [　　]管理栄養士･栄養士　[　　]調理師･調理員[　　]その他（　　　　 　　　　） |  |  |
|  | [　　]管理栄養士･栄養士　[　　]調理師･調理員[　　]その他（　　　　　　 　　） |  |  |
|  | [　　]管理栄養士･栄養士　[　　]調理師･調理員[　　]その他（　　　　　　　　　　　） |  |  |

※ 給食施設管理者：施設長、事務長・栄養部門等の長 等

※ 午前のみ、午後のみの参加の場合は備考欄にその旨を御記入ください

※ 受講申込書に記入いただいた情報は、本研修に係る受講者への連絡及び名簿作成以外には使用いたしません。

|  |
| --- |
| **【質問欄】事例紹介及び講義に関してご質問がありましたら記入してください。** |
| 講義名 | 質　　　　問　　　　内　　　　容 |
| 事例紹介 ｢国立循環器病研究センターがすすめる『かるしおプロジェクト』の紹介とグルメな減塩!かるしお大作戦～国循と吹田市小学校の取り組みより～｣ |  |
| 講義｢給食施設における事故防止について～異物混入の原因と対策～｣ |  |

申し込み〆切：令和６年１０月２５日（金）