

様式第2号(第1条関係)

調理業務従事証明書(給食施設の場合)

フリガナ ミヤザキ タロウ  
 従事者(受験者)氏名 宮崎 太郎  
 生年月日 平成〇年 〇月 〇日

上記の者は、下記のとおり調理の業務に従事したことを証明します。

勤務施設名	医療法人〇〇会 〇〇病院	経営者名 (施設長)	医療法人〇〇会 理事長〇〇 〇〇
所在地	〇〇町大字××番地		電話 0985(26)7347
施設の種類	(該) 経営者名欄が、受験者本人と直接雇用関係のある株式会社▲▲コーポレーションでも可		調理業務の内容 (なるべく具体的に記載すること。)
	飲食店関係営業	1 飲食店営業 2 給食施設の場合、必ず記入してください。 3	(許可年月日等) 給食施設として開始した年月日を記入してください。 ・継続
	給食施設	(1日 1回 300食) 1 寄宿舎 2 学校 3 病院 4 事業所 5 社会福祉施設 6 介護老人保健施設 7 矯正施設 8 自衛隊 ⑨ 給食 該当番号に○ 10 その他	(開設年月日) 平成10年 4月 1日 開設年月日が従事開始年月日より前であること。
上記の施設で調理業務に従事した期間		平成18年 4月 1日から 平成21年 5月 20日まで } 計 3年 1月 <b>※受験願書提出時までに計2年以上あることが必要</b>	
勤務日数及び時間		5日/週 5時間/日 <b>※正社員、パート、アルバイトを問わず記入必要</b>	
廃業年月日		年 月 日	
証明日	年 月 日		

印を押した日を証明日としてください。なお、印については別紙参照。

証明する店舗を廃業された方のみ記入してください。廃業届を出した日を記入。

証明者	住所	〇〇市××町245番地 電話 0985(26)7347		
	施設名	株式会社▲▲コーポレーション		
	地位	代表取締役	氏名	日向 太郎
証明者が施設長でない理由		委託契約のため		



記入ミスをした場合は2本線で消し、訂正印を押し書き直すこと。修正液等で訂正している場合は書き直しをしてください。訂正印は証明印で行うこと。