（様式1）

**人材登録カード（えひめ栄養ケア・ステーション）**

記入日　令和 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 祝 |
| 終日 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 午前 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 午後 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 夜間 |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **正会員番号** | |  |  |  |  |  |  |  | ― |  | **所属支部名** | |  | | | | **所属協議会名** | | |  | | | | |
| **ふりがな**  **氏 名** | |  | | | | | | | | | **性別** | □ 男 | | | **生年 月日** | | □ 昭和 | | | | □ 平成 | | | |
| □ 女 | | | 年 月 日 | | | | | | | |
| **住 所** | **〒 -** | | | | | | | | | | | **ＴＥＬ** | | |  | | | | | | | | | |
| **携帯** | | |  | | | | | | | | | |
| **ＦＡＸ** | | |  | | | | | | | | | |
| **e-mail** | | |  | | | | | | | | | |
| **最寄駅等** | **□ バス 線 停留所** | | | | | | | | | | | | | | | | **自家用車 での移動** | | | **□ 可** | | | |
| **□ 鉄道 線 駅** | | | | | | | | | | | | | | | | **□ 不可** | | | |
| **勤 務 先 住 所** | **〒 -** | | | | | | | | | | | **勤務先名** | | |  | | | | | | | | | |
| **部署名** | | |  | | | | | | | | | |
| **ＴＥＬ** | | |  | | | | | | | | | |
| **ＦＡＸ** | | |  | | | | | | | | | |
| **栄養士資格番号** | | | | | | | | | | | | **希望活動業務 （複数回答可）** | | | | | | | | | | | | |
| **栄養士 都道 第 号**  **府県** | | | | | | | | | | | | □ 特定保健指導 □ 一般栄養指導  □ 病態別栄養指導 □ 訪問栄養指導  □ 嚥下・介護食・高齢者低栄養予防  □ 講演・講座等の講師 □ 調理実習  □ 食育活動 □ 栄養ケア・マネジメント  □ 献立作成（□ 一般 □ 高齢者 □ 病態別 ）  □ 栄養価計算 □ パソコンデータ入力・分析  その他 | | | | | | | | | | | | |
| **管理栄養士 第 号** | | | | | | | | | | | |
| **そ の 他 資 格** | □日本糖尿病療養指導士　□ 愛媛糖尿病療養指導士  □ NSTコーディネーター □ NST専門療法士(栄養士）  □病態栄養専門師 □特定保健指導担当管理栄養士  □ 公認スポーツ栄養士 □ 産業栄養指導者  □ 栄養教諭 □ ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ □ 介護食士 □ 調理師  □ ＮR（栄養情報担当者） □ ｻﾌﾟﾘﾒﾝﾄｱﾄﾞﾊﾞｲｻﾞｰ  □ 健康運動指導士 □ 健康運動実践指導者  □ ﾍﾙｽｹｱ･ﾄﾚｰﾅｰ □ ﾍﾙｽｹｱ･ﾘｰﾀﾞｰ  □ ﾍﾞｼﾞﾀﾌﾞﾙ&ﾌﾙｰﾂﾏｲｽﾀｰ  その他 | | | | | | | | | | |
| **活動が可能な支部**  **（複数回答可）** | | | | □ 西条 □ 今治 □ 松山  □ 八幡浜 □ 宇和島 | | | | | | | | |
| **研修履歴** | | | | | | | **研修日等** | | | | | **希望活動時間帯** | | | | | | | | | | | | |
| **特定保健指導** | | | | | | | □ 有 □ 無 | | | | | 活動が可能な箇所に○印をご記入下さい  備考 | | | | | | | | | | | | |
| 平成 年度 | | | | |
| **生涯学習受講** | | | | | | | □ 有 □ 無 | | | | |
| **栄 養 士 職 歴** | | | | | | | | | | | |
| **ＮＯ** | **区 分** | | | | **勤続年数** | | | **従事内容** | | | |
| **1** | 医療・学校・勤労・研究・公衆・地域・福祉 | | | | 年 | | |  | | | |
| **2** | 医療・学校・勤労・研究・公衆・地域・福祉 | | | | 年 | | |  | | | |
| **3** | 医療・学校・勤労・研究・公衆・地域・福祉 | | | | 年 | | |  | | | | **口座 名義人** | | フリガナ | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **4** | 医療・学校・勤労・研究・公衆・地域・福祉 | | | | 年 | | |  | | | |
| **1**  **ゆうちょ 銀行** | | 記 号 | | | | | | 1 |  |  |  | 0 |
| **5** | 医療・学校・勤労・研究・公衆・地域・福祉 | | | | 年 | | |  | | | | 番号（右ヅメで） | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2**  **ゆうちょ 銀行以 外の金 融機関** | |  | | | | | |  | | | | |
| 合 計 | | | | | 年 | | |  | | | |
| 金融機関コード | | |  | | 店 番 号 | | |  |  |  |
|  | | 口座番号 | |  |  |  |  |  |  |  |
| **メ モ** | |  | | | | | | | **契約日(CS記入欄）** | | | **※ お願い ※**  可能な方は、振込手数料を軽減するため、**ゆうちょ銀行 or 伊予銀行** のご登録をお願いいたします。 | | | | | | | | | | | | |
|  | | |