

調理業務従事証明書

従事者氏名 (受験者)		生年月日	昭和・平成	年	月	日生
----------------	--	------	-------	---	---	----

上記の者は、下記のとおり調理業務に従事したことを証明します。^{注1}

勤務先	施設名						
	所在地	〒 (電話 - -)					
	飲食店関係 営業施設	1. 飲食店営業 (喫茶店営業を除く) 2. 魚介類販売業 3. そうざい製造業 4. 複合型そうざい製造業	開業年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
先	給食施設 (1回20食以上又は 1日50食以上)	1. 寄宿舎 2. 学校 3. 病院 4. 事業所 5. 社会福祉施設 6. 矯正施設 7. 介護老人保健施設 8. 自衛隊 9. 給食センター 10. その他 ()	最新の許可年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
			許可保健所等名	許可番号	第	号	(廃業している場合は、廃業当時の許可内容を記載)
廃業年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (現在廃業又は廃止している場合)						
調理業務の内容	〔 〕の調理 ※かつカレーライス、野菜炒め、天ぷらそば等、 具体的に数品 記載してください。						
雇用形態 ^{注3}	1. 経営者 2. 正職員 3. パート・アルバイト (1日 時間で、週 日勤務)						
上記の施設での調理 業務従事期間	昭和・平成・令和	年	月	日から	計	年	か月
	昭和・平成・令和	年	月	日まで	※1ヶ月未満切り捨て		
証明日	年 月 日					証明印 ^{注5}	
証明者 ^{注4}	住所 〒	〔 個人の場合は実印 法人の場合は登記済印 〕					
	法人名 (施設名)						
	職名	1. 店主	2. 代表取締役	3. 理事長	4. その他 ()		
	氏名						
連絡先電話番号	-	-					

所属団体の長又は同業の方が証明された場合は、下記について記載してください。

団体の長又は同業の方が証明された理由	1 受験者と施設の代表者が同一人、配偶者又は二親等内の血族であるため 2 施設が廃業しているため 3 その他 ()
同業の方の営業許可内容	施設名 _____ 許可保健所等名 _____ 許可年月日 平成・令和 年 月 日 許可番号 第 号

【注意事項】

注1 虚偽の証明書を提出したことが判明した場合は、受験資格や合格を取り消すほか、証明者も刑法の規定により処罰される場合があります。

注2 給食施設の開設年月日とは寄宿舎、学校、病院等の施設であって、多人数に対して食事を提供するものとして開始した年月日を行います。

注3 雇用形態がパート・アルバイトの場合は、**週4日以上かつ24時間以上** (週4日かつ1日6時間、週5日かつ1日5時間、週6日かつ1日4時間等) 従事していることが必要です。(栄養士、看護師、保育士等の職種として採用され、調理業務に従事していた期間は除きます。)

注4 原則として、**従事している施設の代表者 (店主、代表取締役、理事長等) が証明してください**。ただし、従事者 (受験者) と施設の代表者が同一人、配偶者又は二親等内の血族の場合、若しくは廃業等により元の代表者がいない場合には、同業の方か、調理師会等所属団体の長が証明してください。

注5 証明印は、個人の場合は市町村に登録されている実印を、法人の場合は法人登記されている印鑑 (代表取締役印、理事長印等) を用いてください。

裏面の記入例を参照してください。

〔調理業務従事証明書の記入例〕

証明書のご記入にあたっては、受験案内の「6. 受験資格の(2)調理業務従事歴」もあわせてご確認ください。

※従事施設が飲食店等の場合

従事者氏名 (受験者)	関西 吾郎	生年月日	昭和 平成 62年 4月 1日生
----------------	-------	------	------------------

調理業務従事期間の最終日時点の氏名及び生年月日を証明者が記入してください。

上記の者は、下記のとおり調理業務に従事したことを証明します。

施設名	〇〇〇屋 大阪店		
所在地	〒XXX-XXXX 大阪市〇〇区〇〇〇1-1-1 (電話 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇)		
勤務先	飲食店関係 営業施設	1. 飲食店営業(喫茶店営業を除く) 2. 魚介類販売業 3. そうざい製造業 4. 複合型そうざい製造業	開業年月日 昭和 平成 令和 62年 3月 1日 最新の許可年月日 昭和 平成 令和 2年 3月 1日 許可保健所等名 大阪市保健所 許可番号 第 5-555 号 (廃業している場合は、廃業当時の許可内容を記載)
	給食施設 (1回20食以上又は 1日50食以上)	1. 寄宿舍 2. 学校 3. 病院 4. 事業所 5. 社会福祉施設 6. 矯正施設 7. 介護老人保健施設 8. 自衛隊 9. 給食センター 10. その他 ()	開設年月日 昭和 平成 令和 年 月 日 給食数1日につき 回数 回、延べ食数 食

該当する営業許可に○をつけてください。

更新している場合は、最新の許可内容を記入してください。
許可年月日は、有効期限年月日ではありません。

・具体的なメニューを記入してください。
・業務が「下処理」、「盛りつけ」のみの場合、出願の対象となりません。

雇用形態がパート等の場合は、週4日以上かつ24時間以上の勤務が必要です。

廃業年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (現在廃業又は廃止している場合)
-------	---------------------------------

調理業務の内容	〔ハンバーグ定食、生姜焼き定食、親子丼、焼飯、寿司、とんかつ〕の調理 ※かつカレーライス、野菜炒め、天ぷらそば等、具体的に数品記載してください。
---------	---

証明日時点で2年以上必要です。
証明日現在も働いている場合、期間の終わりには証明年月日を記入してください。

雇用形態	1. 経営者 2. 正職員 3. パート・アルバイト(1日 6時間で、週 4日勤務)
------	--

上記の施設での調理業務従事期間	昭和・平成・令和 30年 4月 15日から 計 4年 11か月 昭和・平成・令和 5年 4月 9日まで ※1ヶ月未満切り捨て
-----------------	--

証明日	令和 7年 4月 8日	証明印	〔個人の場合は実印 法人の場合は登記済印〕
-----	-------------	-----	--------------------------

証明日は必ず記入してください。(和暦または西暦で記入)

証明者	住所	〒XXX-XXXX 大阪市北区〇〇〇2-2-2
	法人名(施設名)	株式会社〇〇〇〇
	職名	1. 店主 2. 代表取締役 3. 理事長 4. その他 ()
	氏名	〇〇 〇〇
	連絡先電話番号	△△ - △△△△ - △△△△

証明者が法人の場合は、代表者印を押してください。(会社印は認められません)
※社会福祉法人の場合は、原則として理事長の証明とし、証明印も理事長印を押してください。

所属団体の長又は同業の方が証明された場合は、下記について記載してください。

団体の長又は同業の方が証明された理由	1 受験者と施設の代表者が同一人、配偶者又は二親等内の血族であるため 2 施設が廃業しているため 3 その他 ()
--------------------	---

鮮明に押印できなかった場合は、横に再度押印してください。

同業の方の営業許可内容	施設名 許可保健所等名 許可年月日 平成・令和 年 月 日 許可番号 第 号
-------------	---

同業の方等が証明される場合は、いずれかに○をつけてください。

※従事施設が給食施設の場合

勤務先	給食施設 (1回20食以上又は 1日50食以上)	1. 寄宿舍 2. 学校 3. 病院 4. 事業所 5. 社会福祉施設 6. 矯正施設 7. 介護老人保健施設 8. 自衛隊 9. 給食センター 10. その他 ()	開設年月日 昭和 平成 令和 3年 10月 1日 給食数1日につき 回数 3回、延べ食数 300食
-----	--------------------------------	---	--

証明者が同業の方の場合は、食品衛生法に基づく、許可内容を必ず記入してください。

寄宿舍、学校、病院等の施設であって食事を提供するものとして開設した年月日を記入してください。

- 鉛筆や温度変化によりインキが無色になるペン等で作成された証明書は無効のため、必ずボールペン等の消せないペンで作成してください。
- 訂正が必要な場合は、必ず訂正箇所にも二重線を引き、証明印と同じ印を押印してください。(受験者の訂正印は認められません)
- 修正液、修正ペン、修正テープの使用は認められません。
- 受験者資格の審査のため、証明者に直接上記証明に関する事柄を確認させていただくことや、調理業務の事実を立証できる資料及び証明書などの提出を求める場合があります。

継続して1回20食以上又は1日50食以上提供していることが必要です。