

入会申込書

平成 年 月 日

公益社団法人大分県栄養士会長 様
公益社団法人 日本栄養士会長 様

氏名 _____

貴会に平成 _____ 年度より入会したいので 16,500 円を添えて申し込みます。

納入金額	(7) 入会金	1,000
	(4) 日本栄養士会会費	6,500
	(7) 都道府県栄養士会会費	9,000
	合 計	16,500

会員番号 (*自動採番8ケタ) _____

※太枠内①～⑮につきまして、ご記入ください。

①フリガナ 氏 名	②生年月日 19 年 月 日生	
	③性別 男・女	④地域支部
⑤書類送付先*どちらかに○	所属都道府県郵送物：(自宅・勤務先) 日栄郵送物：(自宅・勤務先) ※「日本栄養士会雑誌」の送付先となります。	
自 宅	⑥自宅〒	〒
	⑦自宅住所	
	⑧自宅 Tel/Fax 自宅 E-mail	Tel(自宅) / Tel(携帯) Fax E-mail(携帯) E-mail(PC)
	フリガナ	
勤 務 先	⑨勤務先名称 部署/役職	
	⑩勤務先〒	〒
	⑪勤務先住所	
	⑫勤務先 Tel/Fax 勤務先 E-mail	Tel Fax E-mail(PC)
⑬免許区分(番号)	1 栄 養 士	都道府県 号 (免許取得日：西暦 年 月 日)
	2 管理栄養士	(免許取得日：西暦 年 月 日)
⑭養成施設名：	(卒業年度：西暦 年度)	
⑮これまでの入会の有無 (有・無) ※有の場合はご記入ください。 期間：(年 月 日～ 年 月 日) 所属都道府県栄養士会 () 期間：(年 月 日～ 年 月 日) 所属都道府県栄養士会 () 期間：(年 月 日～ 年 月 日) 所属都道府県栄養士会 ()		
—日本栄養士会— 職域事業部 *いずれかに○	医 療	公衆衛生
	学校健康教育	地域活動
	勤労者支援	福 祉
	研究教育	
—都道府県職域分野—	医療 学校健康教育 勤労者支援 教育・研究 公衆衛生 地域活動 福祉	
備考：次年度からの会費支払方法 (自動引落 ・ 郵便振込)		

※申込書は、郵送または FAX 097-556-8921 へ

※会費は、郵便局よりお振込みください。

【口座番号 01570-1-12025 加入者名 公益社団法人大分県栄養士会】

