

入会申込書

平成 年 月 日

都道府県栄養士会長 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 _____ 円をゆうちょ銀行に払い込み、申し込みます。
 支払い方法：ゆうちょ銀行 口座 記号 00520-4 番号 1319

加入者名 公益社団法人長野県栄養士会

郵便局備え付けの青色の払込取扱票を使用してください。(手数料本人負担)

ゆうちょ銀行にご自分名義の口座がある方は、ATMで上記口座への送金をしていただくと手数料がかかりません。

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	10,500
	合計	18,000

会員番号 (*自動採番8ケタ)									
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※太枠内①～⑯につきまして、ご記入ください。

① フリガナ		② 生年月日 19 年 月 日生	
氏名		③ 性別 男・女	④ 地域支部
⑤ 書類送付先		書類送付は原則として自宅となります。	
自宅	⑥ 自宅〒	〒	
	⑦ 自宅住所		
	⑧ 自宅 Tel/Fax	Tel(自宅) / Tel(携帯)	Fax
	自宅 E-mail	E-mail(携帯)	
勤務先	フリガナ		
	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	Tel	Fax	
	勤務先 E-mail	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: 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 ()			
⑯ 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		
備考:			