

入会申込書

平成 年 月 日

長野県栄養士会長 様
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 _____ 円を添えて申し込みます。

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)

上記「払込取扱票」(手数料本人負担)送付希望

(○をしてください)

あり ・ なし

納入金額	(7) 入会金	1,000
	(4) 日本栄養士会会費	6,500
	(9) 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)

※下記太枠内①～⑫につきまして、わかる範囲でご記入ください。

① フリガナ		②生年月日(西暦) 19 年 月 日生		
氏名		③性別 男・女	④支部(地域)	
⑤書類送付 書類送付先は原則として自宅です。				
自宅	⑥自宅〒	〒		
	⑦自宅住所	-----		
	⑧自宅Tel&Fax & E-mail	Tel(自宅)	/Tel(携帯)	Fax
		E-mail(携帯)		
E-mail(PC)				
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 & 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: 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 ()				
⑯職域事業部 いずれかに○をして ください。	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:				