

# 入会申込書

年 月 日

公益社団法人 長野県栄養士会長 様  
 公益社団法人 日本栄養士会長 様

氏名 \_\_\_\_\_

貴会に \_\_\_\_\_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 氏名	② 生年月日 年 月 日生 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 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: 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:		