

入会申込書

平成 年 月 日

公益社団法人 沖縄県栄養士会長 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 円を添えて申し込みます。

支払い方法：() 現金、() 自動引落、() ゆうちょ振替、() 沖銀・琉銀・海邦銀行振込
 領収書発行(要・否)

※ 支払い方法：自動引落を選択の場合(沖銀・琉銀・海邦・ゆうちょ)取り扱っています。
 詳しくは、事務局(098-942-5311)へお問合せ下さい。

納入金額	(7) 入会金	1, 000
	(イ) 日本栄養士会会費	6, 500
	(7) 都道府県栄養士会会費	9, 000
	(I) 合計	16, 500
	継続の方 合計	15, 500

会員番号 (*自動採番8ケタ)

※太枠内①～⑮につきて、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*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 & 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 ()		
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○	0 学校健康教育	5 地域活動	7 病院(医療)	
	1 教育・研究	6 集団健康管理(勤労者支援)	8 福祉	
	4 教育・研究(研究)	2 集団健康管理(勤労者支援・矯正)		
	3 行政(公衆衛生)	9 集団健康管理(勤労者支援・防衛)		
—都道府県職域分野—				
備考：				