

異 動 届

会員番号： _____

氏名： _____

() 栄養士会から () 栄養士会へ異動しますので、下記のとおりお知らせいたします。
 ※太枠内をご記入ください。

① フリガナ 現氏名		② フリガナ 旧氏名		③ 生年月日 19 年 月 日	
				④ 性別 男・女	
				⑤ 地域支部	
⑥ 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。			
(新) 自宅	⑦ 自宅〒	〒			
	⑧ 自宅住所	-----			
	⑨ 自宅 Tel & Fax & E-mail	Tel(自宅) / Tel(携帯)		Fax	
		E-mail(携帯) / E-mail(PC)			
(旧) 自宅	⑩ 自宅〒	〒			
	⑪ 自宅住所	-----			
(新) 勤務先	フリガナ				
	⑫ 勤務先名称 部署/役職	-----			
	⑬ 勤務先〒				
	⑭ 勤務先住所	-----			
	⑮ 勤務先 Tel & Fax & E-mail	Tel		Fax	
		E-mail(PC)			
(旧) 勤務先	フリガナ				
	⑯ 勤務先名称 部署/役職	-----			
	⑰ 勤務先〒				
	⑱ 勤務先住所	-----			
⑲ 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)	
⑳ 養成施設：		(卒業年度： 年度)			
—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 医療		
	1 教育・研究	6 勤労者支援	8 福祉		
	4 教育・研究(研究)	2 勤労者支援(矯正)	-----		
	3 公衆衛生	9 勤労者支援(防衛)	-----		
—都道府県— *職域分野*					
会 員 歴	西暦 年 月 日～	年 月 日	所属都道府県栄養士会 ()		
	西暦 年 月 日～	年 月 日	所属都道府県栄養士会 ()		
	西暦 年 月 日～	年 月 日	所属都道府県栄養士会 ()		
合 計	年間				
今年度会費 (年度) の支払い (済 ・ 未) ※済の場合： () 栄養士会にて納入済					
表 彰 歴	県栄会長表彰		年授賞		
	日栄会長表彰		年授賞		
	知事表彰		年授賞		
	大臣表彰 () 大臣		年授賞		
	その他の表彰		-----		