

入会申込書

令和 年 月 日

公益社団法人 沖縄県栄養士会 様
公益社団法人 日本栄養士会 様

氏名

貴会に令和 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、（□ゆうちょ、□沖縄銀・□琉銀・□海邦）銀行振込
※自動引落を選択の場合（沖縄銀・海邦・琉銀）取り扱っています。詳しくは事務局（098-888-5311）へお問合せ下さい。

納入金額	(ア) 入会金	1, 0 0 0
	(イ) 日本栄養士会会費	6, 5 0 0
	(ウ) 沖縄県栄養士会会費	9, 0 0 0
	(エ) 合 計	1 6, 5 0 0
	継続の方 合 計	1 5, 5 0 0

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（西暦） 年 月 日生			
		③性別 男 ・ 女	④地域支部*いずれかに○ 北部・中部・中央・南部・宮古・八重山		
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（ ）			
⑯—日本栄養士会— 職域事業部 *いずれかに○	学校健康教育		地域活動		
	教育研究		医 療（病院）		
	公衆衛生（行政）		福 祉		
	勤労者支援（集団健康管理）				
—都道府県職域分野—					
備考：					
（公社）沖縄県栄養士会 TEL098-888-8311 fax098-888-5312					