

入会申込書

令和 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、□沖銀・□琉銀・□海邦) 銀行振込

※自動引落を選択の場合(沖銀・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	1,000
	(イ) 日本栄養士会会費	6,500
	(ウ) 沖縄県栄養士会会費	9,000
	(イ) 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①～⑯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 TEL098-888-5311 fax098-888-5312			