**個人賛助会員入会申込書**

年　　月　　日

沖縄県栄養士会長　様

賛助会員番号

氏名

貴会に**年度**より(OB会員・学生会員）として入会したいので　　　　　　　　　円を添えて申し込みます。

支払い方法：（　）現金、（　）沖縄銀行自動引落、（　）沖縄銀行振込、

※支払い方法：自動引落を選択の場合

沖縄銀行（　　　　　）支店（普通・当座）口座番号：（　　　　　　　　　　　　　）

　名義人氏名：（　 　　　　　　　）名義人氏名フリカナ：(　　　　　　　　　　　　)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 納入金額 | OB会員（65歳以上） | 5,000円 | 今までの会員番号 |
| 学生会員 | 3,000円 |  |

※OB会員は入会歴のある方が対象になります。

※太枠内につきまして、ご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日　　（　　　　歳） |
| 住所 | 〒 |
| TEL（自宅） |  |
| TEL（携帯） |  |
| メールアドレス |  |
| 備考 |  |

　　　　　　　　　公益社団法人　沖縄県栄養士会　TEL098-888-5311　FAX：098-888-5312