

入会申込書

年 月 日

公益社団法人 和歌山県栄養士会 会長様

公益社団法人 日本栄養士会 会長様

氏名

貴会に_____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、() ゆうちょ銀行、() 銀行振り込み

() クレジット決済 ※クレジット決済の場合は日本栄養士会HPよりWEB入会し、決済方法をクレジット決済にする

納入金額	①	入会金	1,000
	②	日本栄養士会会費	6,500
	③	和歌山県栄養士会会費	7,000
	④		
	合計		14,500

会員番号 (*自動採番8ケタ)									
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※太枠内①～⑱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		
⑤書類送付先 *どちらかに○を付けてください	所属都道府県郵送物：(自宅 ・ 勤務先)					
		日本栄養士会郵送物：(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自宅住所	〒				
	⑦自宅TEL/FAX	TEL：	FAX：			
	⑧携帯TEL					
	⑨個人mail	(PC mail)				
勤務先	⑩勤務先名称					
	部署/役職	部署：	役職：			
	⑪勤務先住所	〒				
	⑫勤務先TEL/FAX	TEL：	FAX：			
	⑬勤務先mail					
⑭免許区分	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)				
⑮養成施設名：	(卒業年度： 年度)					
⑯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 ()						
⑰職域事業部 *希望する部会に ○を付けてください	(自分の希望する部会に所属できます 例：福祉施設に勤務しているが医療部会に所属する、等) ※未記入の場合、勤務先により自動で振り分けられます 医療 ・ 公衆衛生 ・ 学校健康教育 ・ 地域活動 ・ 勤労者支援 ・ 福祉 ・ 研究教育					
備考：						