

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①～⑰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 *希望する部に ○を付けてください	(自分の希望する部に所属できます 例：福祉施設に勤務しているが医療部に所属する、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：		