

入会申込書

年 月 日

公益社団法人 山口県栄養士会長 様
 公益社団法人 日本栄養士会長 様

氏名 _____ (印)

貴会に _____ 年度より入会したいので申し込みます。

会費支払い方法：ゆうちょ振込 (*振込用紙は受付後郵送)

領収書発行 (要・否)

納入金額	(7) 入会金	1,000
	(1) 日本栄養士会会費	6,500
	(7) 山口県栄養士会会費	9,500
	合計	17,000

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 19 年 月 日生	
		③性別 男・女	
④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	⑤自宅〒	〒	
	⑥自宅住所		
	⑦自宅 Tel/Fax 自宅 E-mail	Tel(自宅) /Tel(携帯) E-mail(携帯) *任意	Fax
		E-mail(PC) *任意	
勤務先	フリガナ		
	⑧勤務先名称 部署/役職		
	⑨勤務先〒	〒	
	⑩勤務先住所		
	⑪勤務先 Tel/Fax 勤務先 E-mail	Tel E-mail(PC) *任意	Fax
⑫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 号 (免許取得日：西暦 年 月 日)	
⑬養成施設名：		(卒業年度： 年度)	
⑭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 ()	
⑮—日本栄養士会— 職域事業部 *いずれかに○	医療	研究教育	福祉
	学校健康教育	公衆衛生	
	勤労者支援	地域活動	
⑯—山口県栄養士会— 地域専門部会 *いずれかに○	岩 国	防 府	下 関
	柳 井	山 口	北 浦
	周 南	宇 部	