公益社団法人山形県栄養士会　宛　　　　　　　　　　　　FAX　０２３－６３３－４７６４

　　　令４年度　第１０回山形県栄養士会通常総会並びに研修会申込書

下記に記載、該当に〇印を付けて提出下さい。　　　※個別に提出下さい。（コピー可）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 会員 | 住所自宅 | 勤務先 | 勤務先住所 |
| 氏名  所属  　地域  ( )  　職域  ( ) | ・会員無料  ・非会員  午後研修のみ  参加費  　１000円 |  |  |  |
| 総会 | ・出席　　・会場  ・欠席 | | ・Ｚｏｏｍ参加 | |
| 研修会  午後 | ・出席　　・会場  ・欠席 | | ・Ｚｏｏｍ参加 | |

◎欠席の方は、委任状又は、書面表決を必ず提出してください。

　◎Ｚoom参加アドレスの方は、記載してください。入室アドレスを送信します。

　　　e-mail　:

非会員：　◎郵便局振込先

郵便局　口座　02400-6-19217 公益社団法人山形県栄養士会

郵送送付先　〒９９０－００２１　山形市小白川町2丁目３－３１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　山形県栄養士会　事務局　宛

　　　　　　電話023-633-4727

e-mail　: 　ymgeiyo@tune.ocn.ne.jp

委　任　状

　第１０回公益社団法人山形県栄養士会総会における

一切の権限を　　　　　　　　　　　　　氏を

代理人と定め委任します。

令和　　４年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　氏名

　公益社団法人山形県栄養士会

　　会長　西村　恵美子　殿

公益社団法人山形県栄養士会　宛　　　　　　　　　　　　FAX　０２３－６３３－４７６４

**書　面　表　決**

**私は、令和４年度第１０回公益社団法人山形県栄養士会通常総会に提案された議題ついて、次のとおり書面表決いたします。**

**第1**号議案　　令和３年度事業報告及び収入・支出決算に関する件

　　　　　　　　・　承認する

・　承認しない

**第２**号議案　　令和４年度事業計画（案）及び収入・支出予算（案）

　　　　　　　に関する件

　　　　　　　　・　承認する

・　承認しない

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和４年　　月　　　日

公益社団法人山形県栄養士会

　会長　西村　恵美子　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　氏名

公益社団法人山形県栄養士会　宛　　　　　　　　　　　　FAX　０２３－６３３－４７６４