

入会申込書

令和 年 月 日

都道府県栄養士会長 様
 公益社団法人 日本栄養士会長 様

氏名 _____

貴会に令和____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、() 自動引落、() コンビニ収納、() ゆうちょ振替、() 銀行振込、他
 請求書発行(要・否) / 領収書発行(要・否)

※支払い方法：自動引落を選択の場合

() 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	(ア) 入会金	
	(イ) 日本栄養士会会費	6,500
	(ウ) 都道府県栄養士会会費	
	(エ)	
	合 計	

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

※太枠内①～⑮につきまして、ご記入ください。

① フリガナ		② 生年月日 19 年 月 日生	
氏名		③ 性別 男・女	④ 地域支部
⑤ 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	⑥ 自宅〒	〒	
	⑦ 自宅住所	-----	
	⑧ 自宅 Tel/Fax 自宅 E-mail	Tel(自宅) /Tel(携帯)	Fax
		E-mail(携帯) E-mail(PC)	
勤務先	フリガナ		
	⑨ 勤務先名称 部署/役職	-----	
	⑩ 勤務先〒	〒	
	⑪ 勤務先住所	-----	
	⑫ 勤務先 Tel/Fax 勤務先 E-mail	Tel	Fax
		E-mail(PC)	
⑬ 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	(免許取得日：西暦 年 月 日)
⑭ 養成施設名：		(卒業年度： 年度)	
⑮ 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 ()	
—日本栄養士会— 職域事業部 *いずれかに○	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		
—都道府県職域分野—			
備考：			