

入 会 申 込 書

平成 年 月 日

公益社団法人 徳島県栄養士会長 様
 公益社団法人 日本栄養士会長 様

氏名 _____

貴会に平成 _____ 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、() 現金送金 () ゆうちょ銀行払込み

★ゆうちょ銀行払込先：(口座番号) 01600-1-31633 (加入者名) 公益社団法人徳島県栄養士会
 注) ゆうちょ銀行備付「払込取扱票」を使用してください；払込料は本人負担です。

納入金額	(ア) (公社) 徳島県栄養士会入会金	1,000
	(イ) (公社) 徳島県栄養士会会費	8,500
	(ウ) (公社) 日本栄養士会会費	6,500
	(エ)	
	合 計	16,000

会員番号 (*自動採番8ケタ)

※太枠内①～③、⑤～⑯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地域支部 _____	
⑤書類送付先(自宅、勤務 先のどちらかに○)		徳島県栄養士会郵送物：(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」の送付先です		
自宅	⑥自宅〒	〒		
	⑦自宅住所			
	⑧ 自宅 E-mail	自宅 Tel/Fax	Tel(自宅)	Tel(携帯)
			Fax	
		E-mail(携帯)		
		E-mail(PC)		
勤務先	⑨ フリガナ 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	Tel	Fax	
	E-mail	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()		
⑯徳島県栄養士会 職域協議会 *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		
備考：				