

入会申込書

年 月 日

岩手 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 _____ 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： ゆうちょ銀行振替口座 口座記号番号 02330-7-8175 加入者名 公益社団法人岩手県栄養士会
 (どちらかに☑) (※他金融機関からの振込み用口座番号 ニ三九(ニサンキュウ)店(239) 当座 0008175)
 コンビニでの納付 (※申込書受付後、コンビニ専用の払込用紙を送付します。)

納入金額	(7) 入会金	1,000
	(4) 日本栄養士会会費	6,500
	(ウ) 岩手県栄養士会会費	7,500
	(I)	
合 計		15,000

会員番号 (*自動採番8ケタ) ※栄養士会処理欄 (何も書かないでください。)

※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：			

※会員証については入会手続き完了後1～2ヵ月後を目途に、日本栄養士会より郵送で届きます。