

入会申込書

平成 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： 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 二三九(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 | Tel | Fax |
| | 勤務先 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 () | |
| —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 ヶ月後を目途に、日本栄養士会より「日本栄養士会雑誌」に同封若しくは、別便で届きます。