

(再)入会申込書

平成 年 月 日

公益社団法人 日本栄養士会会長 様
福岡 都道府県栄養士会長 様

氏名 _____

貴会に平成 _____ 年度より入会したいので _____ 15,500 円を添えて次のとおり申し込みます。

納入金額	(ア) 入会金	2,000
	(イ) 日本栄養士会会費	6,500
	(ウ) 都道府県栄養士会会費	7,000
	合 計	15,500

①会員番号									

入会年月日 _____ / _____ / _____

会費納入回数 _____ 回

②～⑪につきまして、ご記入ください。

② フリガナ 現氏名		③ フリガナ 旧氏名		④生年月日 西暦 年 月 日	
				⑤性別 男・女	
				⑥支 部	
⑦書類送付先 *どちらかに○		自 宅 ・ 勤務先 (但し、日本栄養士会よりの送付物のみ勤務先可その他は自宅)			
自 宅	⑧自宅〒	〒			
	⑨自宅住所	_____			
	⑩自宅Tel & Fax	Tel	_____		Fax
勤務先	フリガナ	_____			
	⑪勤務先名称	_____			
	部署名	_____			
	⑫勤務先〒	〒			
	⑬勤務先住所	_____			
	⑭勤務先Tel & Fax	Tel	_____		Fax
— 日本栄養士会 —		0 学 校 健 康 教 育【小、中学校等に勤務する栄養士】			
⑮職域事業部会		1 研 究 教 育【栄養士養成施設や研究施設等に勤務する栄養士】			
*いずれか1つに○		3 公 衆 衛 生【県、政令市、保健所、市町村に勤務する栄養士】			
		5 地 域 活 動【地域で活動する栄養士】			
		6 勤 労 者 支 援【集団給食や各種事業所などに勤務する栄養士】			
		7 医 療【病院に勤務する栄養士】			
		8 福 祉【各種福祉施設に勤務する栄養士】			
⑯免許区分(番号)		1 栄 養 士 免許番号:()号 ()都・道・府・県		免許取得日:西暦 年 月 日	
(栄養士必須記入)		2 管 理 栄 養 士 登録番号:()		登 録 日: 西 暦 年 月 日	
⑰養成校名		(西暦 年卒)			
備考:					

申込書は、事務局までFAXで送信するか、郵便で送付ください。

〒812-0054 福岡市東区馬出4丁目10番1号ナースプラザ福岡内

福岡県栄養士会 事務局 Tel 092-631-1160 FAX 092-631-1388

※入会手続きや記入方法等での問合せも事務局 までお願いします。

会費は、郵便局にて { 口座番号 01790-4-49305
加入者名 公益社団法人福岡県栄養士会 へお振込みください。