

住所・氏名・勤務先等が変わられた際は、事務局へお知らせ下さい。

※ご自宅とご勤務先住所の両方が県外になられる場合は別途お手続きが必要となりますので、たいへんお手数ですがお電話にてご連絡くださいますよう、宜しくお願い致します。

会員登録事項変更届

年 月 日

公益社団法人福岡県栄養士会会長 様

会員番号

氏 名

私は、このたび、下記内容に変更を生じたので、変更届を提出いたします。

※変更事項のある項目左に○をつけて記入し、15日以内に届け出てください。

	フリガナ		
	氏 名	(新)	(旧)
	所属支部 勤務先または現住所を基本に希望の地域を選択○	・福岡支部(福岡市、糸島市、古賀市、宗像市、春日市、筑紫野市、太宰府市など) ・北九州支部(北九州市、岡垣町、遠賀町、中間市、みやこ町、行橋市、豊前市など) ・筑後支部(筑前町、朝倉市、うきは市、久留米市、八女市、柳川市、大牟田市など) ・筑豊支部(宮若市、鞍手町、直方市、飯塚市、嘉麻市、田川市、添田町など)	
	職域事業部会	学校健康教育 ・ 研究教育 ・ 公衆衛生 ・ 地域活動 勤労者支援 ・ 医療 ・ 福祉	
	現住所 (アパート、マンション名もご記入願います)	〒 TEL: _____ FAX: _____	
	フリガナ		
	勤務先名		
	勤務先所在地	〒 TEL: _____ 内線() FAX: _____	
	免 許	栄 養 士	管理栄養士
		免許取得日:	登 録 日:
		免許番号: 取得取得県:	免許番号:
	会費自動払込 (毎年1月25日引落)	<input type="checkbox"/> 新しく申込希望 <input type="checkbox"/> 解約 (✓印 をご記入下さい)	
	※申込、解約締切日 11月15日	自動払込契約の金額 : 13,500 円 (手数料栄養士会負担)	
	備 考		

※会費自動払込の申込、解約は、本年度11月15日までに届出のあったものについて、翌年度会費より適用されます。自動払込の新規申込希望の方には別途申込書類がございますので送付致します。

※退会及び他県への転出のお手続きは事務局までお問い合わせ下さい。

提出先: 福岡県栄養士会事務局 まで FAX または郵送してください。

〒812-0054 福岡市東区馬出4丁目10-1「ナースプラザ 福岡」1階

TEL: 092-631-1160

FAX: 092-631-1388