

公益社団法人福岡県栄養士会会長 様

氏 名

新 入 会 申 込 書

私は、平成 年度より、福岡県栄養士会・日本栄養士会に入会を希望致しますので、
会費を添えて申込みます。

合計金額 15,500 円也

会費の内訳	
入会金〔初年度〕	2,000円
日本栄養士会費	6,500円
福岡県栄養士会費	7,000円
	15,500円

① 会員番号

①については、会の方で記入いたしますので、②以降につきまして、ご記入ください。

②フリガナ 氏 名	③ 生年月日 西暦 年 月 日	
	④ 性 別 男 ・ 女	
⑤ 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	⑥ 自 宅 〒	〒 - (アパート、マンション名もご記入願います)
	⑦ 自宅住所	
	⑧ 自 宅 TEL&FAX等	TEL : FAX : 携帯 :
勤務先	フリガナ	
	⑨ 勤務先名称	
	部 署 名	
	⑩ 勤務先 〒	〒 -
	⑪ 勤務先住所	
⑫ 勤務先 TEL&FAX等	TEL	FAX メールアドレス
	⑬職域事業部会 *希望のいずれか1つに○	
⑭免許情報 栄養士・管理栄養士	栄養士(記入必須)	
	管理栄養士	
	免許取得日：西暦 年 月 日	登録日：西暦 年 月 日
⑮ 養成校名	免許番号：()号()都・道・府・県	
	登録番号： (西暦 年卒)	
過去に入会の経験 *いずれかに○	有 (年頃) 無	

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。