

(再)入会申込書

令和 年 月 日

公益社団法人 日本栄養士会会長 様
福岡 都道府県栄養士会会長 様

氏名 _____

①～⑯につきまして、ご記入ください。

貴会に令和 ① _____ 年度より入会したいので _____ 17,000 _____ 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 | 8,500 |
| | 合 計 | 17,000 |

| | | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|
| 会員番号(※) | | | | | | | |
| | | | | | | | |

入会年月日(※) _____ / _____ / _____

会費納入回数(※) _____ 回

(※)わかる場合のみ記入

| | | | | | |
|--------------------|------------------|---|------|---------------------|--|
| 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/携帯/Fax | Tel | 携帯番号 | Fax | |
| | ⑪E-mailアドレス | | | | |
| 勤務先 | フリガナ | | | | |
| | ⑫勤務先名称 | | | | |
| | 部署名 | | | | |
| | ⑬勤務先〒 | 〒 | | | |
| | ⑭勤務先住所 | | | | |
| | ⑮勤務先Tel/Fax/アドレス | Tel | Fax | E-mailアドレス | |
| — 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】 | | | |
| ⑯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】 | | | |
| ⑰免許区分(番号) | | 1 栄 養 士 () 都・道・府・県 免許番号:() 号 | | 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 | |
| ⑱養成校名 | | (西暦 年卒) | | | |
| ⑲年会費支払方法 *いずれか1つに○ | | 1. コンビニエンスストア 支払 | | 2. ゆうちょ銀行 / 福岡銀行 振込 | |
| 備考: | | | | | |

申込書は、事務局までFAXもしくはE-mail添付で送信するか、郵送ください。

〒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 宛て

FAX 092-631-1388 E-mail fukuei@tempo.ocn.ne.jp

※入会手続きや記入方法等に関するお問合せは事務局(TEL:092-631-1160)もしくはHP「お問い合わせ」よりお願いいたします

※年会費を銀行よりお振込の場合はゆうちょ銀行・福岡銀行いずれかの下記口座までお願いいたします(払込手数料はご負担ください)

◇ゆうちょ銀行 口座番号 01790-4-49305 加入者名 公益社団法人福岡県栄養士会

◇福岡銀行 赤坂門支店(普)1408721 公益社団法人福岡県栄養士会 会長 大部 正代