

入会申込書

平成 年 月 日

公益社団法人 長崎県栄養士会長様
 公益社団法人 日本栄養士会長 様

氏名 _____ 印 _____

貴会に平成 年度より入会したいので 16,500円 を添えて次のとおり申し込みます。

納入金額	入会金	1,000
	長崎県栄養士会会費	9,000
	日本栄養士会会費	6,500
	合計	16,500

会員番号						

① ~ ⑩については必ずご記入ください。

① フリガナ 氏名		② 生年月日 19 年 月 日	
		③ 性別 男 ・ 女	
		地域支部	
自宅	④ 住所	〒 _____	
	⑤ TEL&Fax	TEL _____	Fax _____
	携帯電話番号	_____	
	E-mail アドレス	_____	
勤務先	フリガナ ⑥ 名称： 部署名	_____	
	⑦ 住所	〒 _____	
	⑧ TEL&Fax	TEL _____	Fax _____
	E-mail アドレス	_____	
職域協議会（運営部会）	医療	研究教育	福祉
	学校健康教育	公衆衛生	
	勤労者支援	地域活動	
⑨ 免許（番号）	栄養士	都道府県	号
	管理栄養士		号
※再入会の方のみご記入ください	退会した時期	昭和 平成 年頃	
	旧姓	_____	
	退会当時の勤務先名	_____	
⑩ 日本栄養士会雑誌「栄養日本」 送付先 ※どちらかに○	自宅	・	勤務先
備考			

※ この申込書は、会員管理にのみ使用し第3者へ開示することはありません。