

入会申込書

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 _____ 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						

①～⑫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 (西暦) 年 月 日	
		③性別 男 ・ 女 地域支部	
④ 登録メールアドレス (PC 推奨)			
自 宅	⑤住 所	〒 _____	
	⑥TEL&FAX	TEL - -	FAX - -
	⑦携帯電話番号	_____	
勤務先	フリガナ ⑧名称： 部署名	_____	
	⑨住 所	〒 _____	
	⑩TEL&FAX	TEL - -	FAX - -
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	
⑪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	_____	
⑫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
※紹介者会員があればご記入ください	_____ 様		
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。