# 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　No

**入会申込書**

令和 年 月 日

　滋賀　都道府県栄養士会長　　様

公益社団法人 日本栄養士会長 　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

貴会に**令和　　年度**より入会したいので　　　　　　　　　円を添えて申し込みます。

支払い方法：（　）現金、（　）自動引落、（　）コンビニ収納、（　）ゆうちょ振替、（　）銀行振込、他

 請求書発行 (要・否 )　/ 領収書発行（要・否 ）

※支払い方法：自動引落を選択の場合

（　　　　　　）銀行　（　　　　　）支店（普通・当座）　口座番号：（　　　　　　　　　　　　　）

名義人氏名：（　　　　　　　 　　　　　）　　名義人氏名フリカナ：(　　　　　　　　　　　　　)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  納入金額 | (ｱ) 入会金 | １，０００ |
| (ｲ) 日本栄養士会会費 | ６，５００ |
| (ｳ) 都道府県栄養士会会費 | ７，５００　　 |
| 合　　計 | １５，０００　　 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　会員番号（\*自動採番８ケタ） |  |  |  |  |  |  |  |  |

※**太枠内**①～⑯につきまして、ご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| ①　　　　　　フ　　リ　　ガ　　ナ | ②生年月日　西暦　　　 　 年　 月　　日生 |
| 氏名 | ③性別　　男・女 | ④地域支部 |
| ⑦ | ⑤書類送付先\*どちらかに〇 | 所属都道府県郵送物：（　自宅・勤務先　）日栄郵送物：（　自宅・勤務先　）※「日本栄養士会雑誌」の送付先となります。 |
|   | 自　宅 | ⑥自宅〒 | 〒 |
| ⑦自宅住所 |  |
|  |
| ⑧自宅Tel/Fax　自宅E-mail | Tel(自宅)　　　　 　 /Tel(携帯)  | Fax |
|  | E-mail(PC・携帯) ※研修会の案内等を送りますので、できればPCアドレスをご記入ください。 |
|   勤務先 | フリガナ⑨勤務先名称 |  |
| 　部署/役職 |  |
| ⑩勤務先〒 | 〒 |
| ⑪勤務先住所 |  |
|  |
| ⑫勤務先Tel/Fax　勤務先E-mail | Tel | Fax |
| E-mail(PC) |
| ⑬免許区分(番号) | 1 栄 養 士 | 　　　　　都道府県　　　　号（免許取得日：西暦　　年　　月　　日） |
| 2 管理栄養士 | （免許取得日：西暦　　年　　月　　日） |
| ⑭養成施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　（卒業年度：　　　　年度） |
| ⑮これまでの入会の有無　（　有・無　）※有の場合はご記入ください。期間：（　　　年　月　日～　　年　　月　　日）　所属都道府県栄養士会（　　　　　　　　　　　　　　）期間：（　　　年　月　日～　　年　　月　　日）　所属都道府県栄養士会（　　　　　　　　　　　　　　）期間：（　　　年　月　日～　　年　　月　　日）　所属都道府県栄養士会（　　　　　　　　　　　　　　） |
| ⑯職域事業部\*いずれかに〇 | 　医　療 | 　公衆衛生 |  |
| 　学校健康教育 | 　地域活動 |  |
| 　勤労者支援 | 　福　祉 |  |
| 　研究教育 |  |  |
| ―都道府県職域分野― |  |
| 備考： |