

入会申込書

令和 年 月 日

公益社団法人 日本栄養士会 様
 公益社団法人 佐賀県栄養士会 様

会員番号									
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

貴会に _____ 年度より入会したいので申し込みます。
 (注) 会費納入日が入会申込日となります。

支払い方法： () 自動引落(佐賀銀行)、 () 自動引落(ゆうちょ銀行)、 () ゆうちょ銀行振込
 ※初回の会費・入会金は、ゆうちょ銀行振込または現金での納入となります。
 自動引落は、お手続きが必要です。詳しくは、事務局までお問い合わせください。
 クレジットカード決済を希望の方は、日本栄養士会ホームページより Web 入会申込みで、初回からクレジットカード決済ができます。

※ 会費は、ゆうちょ銀行の下記の口座へお振込み下さい。(払込手数料は、ご負担ください。)

内 容	日栄・佐栄入会の場合 納 入 金 額	佐栄のみ入会の場合 納 入 金 額
(ア) 入会金(初回のみ)	1, 000	1, 000
(イ) 佐賀県栄養士会会費	9, 500	9, 500
(ウ) 日本栄養士会会費	6, 500	
合 計	17, 000	10, 500

【入会申込書郵送先】

〒840-0054 佐賀市水ヶ江一丁目12-10
 佐賀メディカルセンタービル1階
 公益社団法人 佐賀県栄養士会

ゆうちょ銀行振込口座 (記号・番号) 01830-5-43996
 (加入者名) 公益社団法人 佐賀県栄養士会
 ※他銀行等の金融機関から振込する場合はこちら
 銀行名：ゆうちょ銀行 支店名：一八九店(イハキョウ) 口座種類：当座 口座番号：0043996

※太枠内①～⑫につきまして、ご記入ください。ご記入頂きました情報は、日栄と共有させていただきます。

①フリガナ 氏名	②生年月日	西暦	年	月	日生
		③性 別	男 ・ 女			
④書類送付先*どちらかに○	所属都道府県郵送物：(自宅 ・ 勤務先)					
自 宅	⑤住所	〒 _____				
	⑥Tel&Fax &E-mail	Tel(自宅) _____ /Tel(携帯) _____		Fax _____		
		E-mail(携帯) _____ E-mail(PC) _____				
勤 務 先	フリガナ				
	⑦名称				
	部署/役職				
	⑧住所	〒 _____				
⑨Tel&Fax &E-mail	Tel _____		Fax _____			
	E-mail(PC) _____					
⑩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		号(免許取得日：西暦	年	月	日)
⑪養成施設名：	(卒業年度： _____ 年度)					
⑫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 (_____)					
職域事業部	1 学校健康教育	2 公衆衛生	3 研究教育			
	4 フリーランス・栄養関連企業等	5 医療	6 福祉			
地 域 支 部	1 佐賀中部(佐賀・神埼・小城)	2 鳥栖	3 唐津			
	4 伊万里	5 杵藤(武雄・鹿島)				
備考：						