

## 入会申込書

平成 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 | 佐 | 栄 |  |  |  |  |  |  |  |
|------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|

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)、( ) 郵便振込  
(自動引落は、来年度から会費 9,500 円が引落されます。)※ 会費は、ゆうちょ銀行の払込取扱票にて佐賀県栄養士会(青色) 10,500 円  
(入会金含む)と日本栄養士会(青色) 6,500 円と別々にお振込み下さい。

## 【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

| 内 容  | 納 入 金 額    |
|--|------------|
| (7) 入会金  | 1, 0 0 0   |
| (4) 佐賀県栄養士会会費  | 9, 5 0 0   |
| 合 計  | 1 0, 5 0 0 |
| 郵便振込口座 (記号・番号)01830-5-43996<br>(加入者名) 公益社団法人 佐賀県栄養士会 |            |

| 内 容  | 納 入 金 額  |
|--|----------|
| (7) 日本栄養士会会費   | 6, 5 0 0 |
| 合 計  | 6, 5 0 0 |
| 郵便振込口座 (記号・番号)00160-7-596053<br>(加入者名) 公益社団法人 日本栄養士会<br>※通信欄に「 年度会費佐賀県(新規)」とご記入下さい |          |

※太枠内①～⑫につきまして、ご記入ください。

|                                  |                           |                  |                   |
|----------------------------------|---------------------------|------------------|-------------------|
| ①フリガナ<br>氏名                      | .....                     | ②生年月日            | 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自宅住所                     | 〒 ー              |                   |
|                                  | ⑥自宅 Tel & Fax<br>& E-mail | Tel(自宅) /Tel(携帯) | Fax               |
|                                  |                           | E-mail(携帯)       |                   |
| 勤 務 先                            | フリガナ                      | .....            |                   |
|                                  | ⑦勤務先名称<br>部署/役職           | .....            |                   |
|                                  | ⑧勤務先住所                    | 〒 ー              |                   |
| ⑨勤務先 Tel &<br>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                  | 4 勤労者支援          | 7 福祉              |
|                                  | 2 公衆衛生                    | 5 地域活動           |                   |
|                                  | 3 教育・研究                   | 6 医療             |                   |
| 地域支部                             | 1 佐賀中部                    | 3 唐津             | 5 杵藤              |
|                                  | 2 鳥栖                      | 4 伊万里            |                   |
|                                  | 備考:                       |                  |                   |