公益社団法人佐賀県栄養士会

会　長　　福　山　　隆　志　殿

承諾書

私は、下記の通り承諾します。

記

日本栄養士会と佐賀県栄養士会の会費納入について、これらを合算した金額を私が指定する口座より口座振替とすることに異議はありません。

以上

令和　　　年　　　月　　　日

会員番号

（自署の場合、印鑑不要）氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

------------------------------------------------------------------------------------------------

口座振替受付完了書について

この度、貴殿からご承諾いただきました日本栄養士会・佐賀県栄養士会会費の口座振替について、令和7年度会費より指定口座から振替の手続きを行います。

手続き完了通知メールを受け取りたい方は、下記に連絡先のメールアドレスをご記入ください。手続き完了後に、メールをお送りします。

完了通知メールを希望されない方は、無記入でご提出ください。

◎完了通知メール送付先メールアドレス

　　　　　　　　　　　　　　　　＠　　　　　　　　　　　　　　　　　　宛

公益社団法人　佐賀県栄養士会事務局

〒840-0054

佐賀市水ケ江一丁目12番10号

佐賀メディカルセンター1階

TEL：0952-26-2218 FAX：0952-26-5249

Mail：sagakeneiyoushikai@luck.ocn.ne.jp