# 様式１　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　No

**入会申込書**

年 月 日

公益社団法人 山口県栄養士会長　　様

公益社団法人 日本栄養士会長 　　 様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

貴会に**年度**より入会したいので申し込みます。

会費支払い方法：ゆうちょ振込（＊振込用紙は受付後郵送）

　　　領収書発行　（要・否 ）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 納入金額 | (ｱ) 入会金 | １，０００ |
| (ｲ) 日本栄養士会会費 | ６，５００ |
| (ｳ) 山口県栄養士会会費 | ９, ５００ |
| 合　　計 | １７，０００ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　 　 年　 月　　日生 | | | | |
| 氏名 | | | | | | ③性別　　男・女 | |  | | |
| ⑦ | ④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 | ⑤自宅〒 | 〒 | | | | | | | |
| ⑥自宅住所 |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| ⑦自宅Tel/Fax  　自宅E-mail | Tel(自宅)　　　　 　 /Tel(携帯) | | | | | | | Fax |
|  | E-mail(携帯)　＊任意 | | | | | | | |
| E-mail(PC)　　＊任意 | | | | | | | |
| 勤務先 | | フリガナ  ⑧勤務先名称 |  | | | | | | | |
| 部署/役職 |  | | | | | | | |
| ⑨勤務先〒 | 〒 | | | | | | | |
| ⑩勤務先住所 |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| ⑪勤務先Tel/Fax  　勤務先E-mail | Tel | | | | Fax | | | |
| E-mail(PC)　　＊任意 | | | | | | | |
| ⑫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） | | | | | | |
| ⑬養成施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　（卒業年度：　　　　年度） | | | | | | | | | | |
| ⑭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（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| ⑮―日本栄養士会―  職域事業推進委員会  \*いずれかに〇 | | | 医　療 | | 研究教育 | | | | 福　祉 | |
| 学校健康教育 | | 公衆衛生 | | | |  | |
| フリーランス・栄養関連企業等 | |  | | | |  | |
| ⑯―山口県栄養士会―  地域事業推進委員会  \*いずれかに〇 | | | 岩　国 | | 防　府 | | | | 下　関 | |
| 柳　井 | | 山　口 | | | | 北　浦 | |
| 周　南 | | 宇　部 | | | |  | |