

公益社団法人愛知県栄養士会 入会申込書

入会年月日 年 月 日

貴会に平成 年度より入会したいので 円を添えて次のとおり申し込みます。

1 入会金	1,000 円	(新規入会者及び再入会者)
2 正会員費	14,500 円	(県会費8,000円 日栄会費6,500円)
合計	円	
(該当番号に○印を付けてください。)		

会員番号(記入しないでください。)							

会費納入の方法

- 現金書留の場合＝入会申込書を添えて事務局まで送金してください。
- 郵便振替の場合
 - 口座番号 00890-6-39324
 - 加入者名 公益社団法人愛知県栄養士会
 入会申込書は郵送又はFAXで送付してください。

* 太枠内に、必要事項をご記入してください。

フリガナ			生年月日	西暦	年	月	日						
氏名	(旧姓)		性別	男 ・ 女									
書類送付先 *どちらかに○	文書等の送付先 [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	住所	〒											
	TEL・FAX	TEL	FAX										
	メールアドレス												
勤務先	フリガナ												
	名称												
	部署名												
	所在地	〒											
	TEL・FAX	TEL	FAX										
メールアドレス													
職域部会 (いずれかに○をして下さい。)	医	療	学	校	健	康	教	育	勤	労	者	支	援
	研	究	教	育	公	衆	衛	生	地	域	活	動	
	福	祉											
免許区分 (番号及び取得年月日)	1	栄 養 士	() 都道府県・第 号										
			取得年月日	昭和・平成	年	月	日						
	2	管 理 栄 養 士	第 号										
			取得年月日	昭和・平成	年	月	日						
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()													

公益社団法人愛知県栄養士会 〒460-0026 名古屋市中区伊勢山一丁目1-4

電話番号 052-332-1113

FAX送付先 : 052-332-6009