

公益社団法人愛知県栄養士会 入会申込書

入会年月日 令和 年 月 日

貴会に令和 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 研究教育 福祉		学校健康教育 公衆衛生	勤労者支援 地域活動
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・令和 年 月 日	
	2 管理栄養士	第 号	取得年月日 昭和・平成・令和 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