

入会申込書

令和 年 月 日

公益社団法人 日本栄養士会 会長 様
 公益社団法人 佐賀県栄養士会 会長 様

会員番号									
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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)、 () 自動引落(ゆうちょ銀行)
 () ゆうちょ銀行振込、 () クレジット決済

※初回の会費・入会金は、ゆうちょ銀行振込または現金での納入となります。
 自動引落・クレジット決済は、お手続きが必要です。詳しくは、事務局までお問い合わせください。

※ 会費は、ゆうちょ銀行の下記の口座へお振込み下さい。(払込手数料は、ご負担ください。)

内 容	日栄・佐栄入会の場合 納 入 金 額	佐栄のみ入会の場合 納 入 金 額
(ア) 入会金(初回のみ)	1,000	1,000
(イ) 佐賀県栄養士会会費	9,500	9,500
(ウ) 日本栄養士会会費	6,500	
合 計	17,000	10,500

【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

ゆうちょ銀行振込口座 (記号・番号) 01830-5-43996
 (加入者名) 公益社団法人 佐賀県栄養士会
 ※他銀行等の金融機関から振込する場合はこちら

銀行名：ゆうちょ銀行 支店名：一八九店(伊弉志) 口座種類：当座 口座番号：0043996

※太枠内①～⑫につきまして、ご記入ください。ご記入頂きました情報は、日栄と共有させていただきます。

①フリガナ 氏名	②生年月日	西暦	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住所	〒 _____				
	⑥Tel & Fax &E-mail	Tel(自宅)		/Tel(携帯)		Fax
		E-mail(携帯)				
		E-mail(PC)				
勤 務 先	フリガナ				
	⑦名称				
	部署/役職				
	⑧住所	〒 _____				
⑨Tel & 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	2 公衆衛生	3 研究教育			
	4 勤労者支援	5 地域活動	6 医療			
	7 福祉					
地 域 支 部	1 佐賀中部(佐賀・神埼・小城)	2 鳥栖	3 唐津			
	4 伊万里	5 杵藤(武雄・鹿島)				
備考：						