

入会申込書

令和 年 月 日

公益社団法人 日本栄養士会 様
公益社団法人 佐賀県栄養士会長 様

会員番号	佐	栄							
------	---	---	--	--	--	--	--	--	--

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)、() 郵便振込
() 自動引落(ゆうちょ銀行)
(自動引落は、来年度から会費 9,500 円が引落されます。)

【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※ 会費は、ゆうちょ銀行の払込取扱票にて佐賀県栄養士会(青色)10,500円
(入会金含む)と日本栄養士会(青色)6,500円と別々にお振込み下さい。

内 容	納 入 金 額
(7) 入会金	1, 0 0 0
(4) 佐賀県栄養士会会費	9, 5 0 0
合 計	1 0, 5 0 0
郵便振込口座 (記号・番号)01830-5-43996 (加入者名) 公益社団法人 佐賀県栄養士会	

内 容	納 入 金 額
(7) 日本栄養士会会費	6, 5 0 0
合 計	6, 5 0 0
郵便振込口座 (記号・番号)00160-7-596053 (加入者名) 公益社団法人 日本栄養士会 ※通信欄に「 年度会費佐賀県(新規)」とご記入下さい	

※太枠内①～⑫につきまして、ご記入ください。

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自宅住所	〒 —				
	⑥自宅 Tel & 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勤務先名称 部署/役職				
	⑧勤務先住所	〒 —				
	⑨勤務先 Tel & 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	4 勤労者支援	7 福祉			
	2 公衆衛生	5 地域活動				
	3 教育・研究	6 医療				
地域支部	1 佐賀中部	3 唐津	5 杵藤			
	2 鳥栖	4 伊万里				
備考：						