公益社団法人　新潟県栄養士会 FAX 番号：０２５－２２４－０５１０

［公益社団法人新潟県栄養士会定款第８条会員資格の取得様式］

No.

入 会 申 込 書

平成　　年　　月　　日

公益社団法人 新潟県栄養士会　会長　様
公益社団法人 日本栄養士会　　会長　様

氏 名

貴会に平成　　年度より入会したいので　１９，０００　円を添えて次のとおり申し込みます。

納入会費	①入 会 金	1,000 円
	②新潟県栄養士会会費	11,500 円
	⑤日本栄養士会会費	6,500 円
	合　計	19,000 円

入金確認欄（記入不要）
平成　年　月　日
入金 No.

会員番号（記入不要）								

※太枠内①～⑯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 19　年　月　日生	
		③性別　男・女	④地域支部
⑤書類送付先*どちらかに○	新潟県郵送物　（ 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	⑥自宅〒	〒	
	⑦自宅住所		
	⑧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 ⑨勤務先名称		
	部署/役職		
	⑩勤務先〒	〒	
	⑪勤務先住所		
	⑫勤務先 Tel/Fax	Tel	Fax
	勤務先 E-mail	E-mail(PC)	
⑬免許区分(番号)	1 栄　養　士	都道府県 第　号（免許取得日：西暦　年　月　日）	
	2 管理栄養士	第　号（免許取得日：西暦　年　月　日）	
⑭卒業養成施設名(選考学科まで記入)：		（卒業年月：西暦　年　月）	
⑮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（　）			

―新潟県栄養士会― ⑯職域事業部 *いずれかに○		
	学校健康教育	勤労者支援
	研究・教育	医 療
	公衆衛生	福 祉
	地域活動	

備考：

※会費の納入方法、④地域支部⑯職域事業部の記入方法については別紙をご覧下さい