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　２２　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	13,100 円	(県会費 6,600円　日栄会費6,500 円)
3 連盟会費	1,000 円	(日本栄養士連盟会費)
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。)								
2	3						－	

会費納入の方法

1、 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。

2、 郵便振替の場合― 口座番号 00890－6－39324 入会申込書は送付してください。
　　└ 加入者名 社団法人愛知県栄養士会

＊太枠内に、必要事項をご記入してください。

ﾌﾘｶﾞﾅ			生年月日	年　月　日
氏名			性別	男 ・ 女
書類送付先(どちらかに○印をしてください。)		**文書等**の送付先 〔 1 勤務先 ・ 2 自宅 〕 **栄養日本**の送付先 〔 1 勤務先 ・ 2 自宅 〕		
自宅	住所	〒		
	TEL･FAX	TEL　　FAX		
	ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ			
勤務先	ﾌﾘｶﾞﾅ			
	名称			
	部署名			
	所在地	〒		
	TEL･FAX	TEL　　FAX		
	ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ			

職域協議会 (いずれかに○をして下さい。)	0 学校健康教育	5 地域活動	8 福祉
	1 研究教育	6 集団健康管理	
	3 行政	7 病院	

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

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**