2024年度公益社団法人茨城県栄養士会会費納入書（継続会員）

太枠の中は必ずご記入ください。その他変更のあるものは変更の部分に〇をつけてご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員番号 | | | | 申請日  （西暦）　　　年　　　月　　　日 | |
| （ふりがな）  氏名 | | （苗字に変更がある場合は旧姓） | | 生年月日  （西暦）　　　年　　　月　　　日（　　歳） | |
| **自宅**  変更  （有・無） | 住所　〒 | | | | |
| 電話 | | | FAX | |
| 携帯電話 | | | メールアドレス | |
| **勤務先**  変更  （有・無） | 勤務先・部署 | | | | |
| 住所　〒 | | | | |
| 電話 | | | FAX | |
| メールアドレス | | | | |
| **書類**  **送付先**  変更  （有・無） | 茨城県栄養士会から    自宅　・　勤務先 | | 日本栄養士会から    自宅　・　勤務先 | | 免許    　　栄養士　・　管理栄養士 |
| **所属**  **専門研究会**  変更  （有・無） | 1.医療　　　　　　　　　　　　2.学校健康教育　　3.勤労者支援（企業・研究・防衛・矯正）  4.研究教育・公衆衛生（行政）　5.地域活動　　　　6.福祉 | | | | |
| **会費納入** | 茨城県栄養士会　　会費　　8,500円 | | | 納入方法：郵便・銀行・現金（〇で囲んでください）  納入日：　　　　　　　　年　　　月　　　日  合計納入金額：　　　　　　　　　　　　　円 | |
| 日本栄養士会　　　会費　　6,500円 | | |
| 日本栄養士連盟　　会費　　2,000円 | | |
| **請求書**  **依頼申込** | 請求書宛名： | | | 金額：　　　　　　　　　　　　　円 | |
| 振込者名（通帳に記帳される名前）： | | | 振込予定日：　　　年　　　月　　日 | |

【送り先】　郵送またはFAXにてお送りください。

公益社団法人 茨城県栄養士会　担当　宛　　〒310-0034 水戸市緑町3-5-35　　　 FAX：029-228-4271