202４年度 公益社団法人 茨城県栄養士会 新入会申込書

必ずすべての項目に記入をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 新入会　・　再入会（〇をつけてください） | （再入会の方はご記入ください）期間：　　年　　月　　日　〜　　　年　　月　　日　　所属都道府県： |
| 氏名（ふりがな） | 申請日（西暦）　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 会員番号（再入会の方はご記入ください） | 性別（〇をつけてください）　　男　・　女　　 | 生年月日（西暦）　　　年　　　月　　　日（　　歳） |
| 自宅 | 住所　〒 |
| 電話 | FAX |
| 携帯電話 | メールアドレス |
| 勤務先 | 勤務先・部署 |
| 住所　〒 |
| 電話 | FAX |
| メールアドレス |
| 書類送付先 | 茨城県栄養士会から（〇をつけてください）自宅　・　勤務先 | 日本栄養士会から（〇をつけてください）　　　　　　　　自宅　・　勤務先 |
| 所属専門研究会（希望する専門研究会を1つ選んでください）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 |
| 免許（〇で囲んでください）栄養士　　・　　管理栄養士 | 最終学歴（出身養成校名） |
| 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　（〇をつけてください）納入日　　　：　　　　　　年　　　月　　　日合計納入金額：　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 日本栄養士会　　　会費　　6,500円 |
| 入会金　　　　　　　　　　1,000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