様式　１

会 員 入 会 申 込 書

令和　　年　　月　　日

公益社団法人香川県栄養士会会長　殿

下記のとおり会員として申込みします。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 納 入 金 額 | | 入会金　　　　　　　　　　　　　１,０００円 　　　　　日本栄養士会会費　　　　　　　　６,５００円 　　　　　香川県栄養士会会費　　　　　　　８,５００円 | | | | |
| 計　　　　　　　　　 　　　 円 | | | | |
| （ふりがな）  氏　 　名 | | ㊞　　　（　男　・　女　） | | | | |
| 生 年 月 日 | | 年　　　月　　　日　生 | | | | |
| 現 住 所 | | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　番 号 　　　　　　県　　　　市・郡　　　　町　　 　番地　　　　 　　　　　　　　　　ﾏﾝｼｮﾝ･ｱﾊﾟｰﾄ　　　　　号室　　　　　様方 ＴＥＬ（　　　）　　　－　　　　ＦＡＸ（　　）　　　－　　　 E-mailアドレス： | | | | |
| 勤 務 先 | 名　称 |  | | | | |
| 所在地 | 〒　　　　－　　　　　　　　　　　　　 　 番 号  　　　　　県　　　　　市・郡　　　　　町　　 　 番地　　　　 ＴＥＬ（　　　）　　　－　　　　ＦＡＸ（　　　）　　　－　　　　 Ｅ-mailアドレス： | | | | |
| 免 許 番 号 | | 栄養士 | | 都道府県 　号・交付年月日　　　年　月　日 | | |
| 管理栄養士 | | 号・交付年月日　　　年　月　日 | | |
| 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・（　　　　　　）都道府県栄養士会  期間：　　年　 月　 日～　　　年　　月　　日・（　　　　　　）都道府県栄養士会  期間：　　年 　月　 日～　　　年　　月　　日・（　　　　　　）都道府県栄養士会 | | | | | | |
| 職 域 事 業 部 （番号に○印） | | | 1　医療　　 2　学校健康教育　　 3　研究教育  4　公衆衛生　 5　地域活動　　 6　福祉 | | | |
| 『日本栄養士会  　　雑誌』送付先 | | | 自宅 ・ 勤務先 | | **連 絡 先** | **自 宅 ・ 勤務先** |
| 会 員 番 号 | | | 香川県栄養士会にて記入 | | | |

* ①　お知らせいただいた会員情報に（姓、現住所、勤務先等）変更があった場合には、

　　　　　 速やかに香川県栄養士会へご連絡ください。

　　　　② 個人情報保護について：上記申込書の記載事項については、本会の活動を行うため

に必要な範囲で利用するものとし、第三者に開示提供しません。