

入会申込書

平成 年 月 日

公益社団法人 高知県栄養士会長 様
 公益社団法人 日本栄養士会長 様

氏名 _____

貴会に平成 _____ 年度より入会したいので _____ 円を添えて申し込みます。
 支払い方法：() 現金、() コンビニ収納、() ゆうちょ振込、() 銀行振込、他
 請求書発行(要・否) / 領収書発行(要・否)

納入金額	(7) 入会金	1, 000
	(1) 日本栄養士会会費	6, 500
	(7) 都道府県栄養士会会費	8, 500
	合 計	16, 000

会員番号 (*自動採番8ケタ) _____

※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 *自宅か勤務先どちらかに○		所属都道府県郵送物：(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 & E-mail	Tel	Fax	
		E-mail(PC)		
⑬免許区分(番号)		1 栄 養 士	都道府県 号 (免許取得日：西暦 年 月 日)	
		2 管理栄養士	(免許取得日：西暦 年 月 日)	
⑭養成施設名：		(卒業年度： 年度)		
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 ()		
⑯—日本栄養士会— 職域事業部 *いずれかに○	0 学校健康教育	5 地域活動	8 福祉	
	1 教育・研究	6 勤労者支援	その他	
	3 公衆衛生	7 医療		
—都道府県職域分野—				
備考：				

(再) 入会申込書

平成 年 月 日

公益社団法人 高知県栄養士会長 様
 公益社団法人 日本栄養士会長 様

氏名 _____

貴会に平成 _____ 年度より入会したいので _____ 円を添えて申し込みます。
 支払い方法：() 現金、() コンビニ収納、() ゆうちょ振込、() 銀行振込、他
 請求書発行 (要・否) / 領収書発行 (要・否)

納入金額	(7) 入会金	1, 000
	(1) 日本栄養士会会費	6, 500
	(7) 都道府県栄養士会会費	8, 500
	合 計	16, 000

会員番号	_____
------	-------

※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 *自宅か勤務先どちらかに○		所属都道府県郵送物：(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 & E-mail	Tel	Fax	
		E-mail (PC)		
⑬免許区分(番号)		1 栄 養 士	都道府県 号 (免許取得日：西暦 年 月 日)	
		2 管理栄養士	(免許取得日：西暦 年 月 日)	
⑭養成施設名：		(卒業年度： 年度)		
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 ()		
⑯—日本栄養士会— 職域事業部 *いずれかに○	0 学校健康教育	5 地域活動	8 福祉	
	1 教育・研究	6 勤労者支援	その他	
	3 公衆衛生	7 医療		
—都道府県職域分野—				
備考：				

入会および会費支払いについて（入会申込書、払込、自動引落としについて）

1) 入会について

同封の申込書の太枠内①～⑤に必要事項をご記入の上、栄養士会事務局までご送付下さい。
またあわせて入会金の納入をお願いいたします。入金確認後、会員証を送付させていただきます。

2) 入会金、次年度以降の払い込みについて

初年度・再入会時：16,000円（入会金 1,000円含む）

次年度以降継続時：15,000円

◎初年度・再入会時 16,000円は同封の払込用紙、もしくは下記の払込口座番号への入金でお願いします。

高知県栄養士会事務局でもお支払いを受け付けています。

- ・ゆうちょ銀行 01660-7-6493
- ・四国銀行 帯屋町支店 普通預金 0655198
- ・高知銀行 本店 普通預金 0952817

会費内訳	日本栄養士会会費	¥6,500
	高知県栄養士会会費	¥8,500
	入会金	¥1,000
	合計	¥16,000

◎次年度以降継続年会費（15,000円）のお支払い方法について

①上記振込口座への入金

②ゆうちょ銀行自動払込

次年度以降のお払い込みにはゆうちょ銀行の自動払込が便利です。自動払込の手続きをして頂くと、次年度以降 15,000円の年会費が自動的に引き落とされます。

ご希望の方は、事務局までご連絡ください。

会費内訳	日本栄養士会会費	¥6,500
	高知県栄養士会会費	¥8,500
	合計	¥15,000

お問い合わせ：

高知県栄養士会事務局 開局日（月・水・金）10:00～17:00
〒780-0850 高知市丸ノ内1丁目7-45 総合あんしんセンター2階
TEL：088-872-9411 FAX：088-855-5754
E-mail：info@eiyouosa.jp

※自動払い込みの手続きは最寄りの郵便局で行ってください

自動払込利用申込書 見本

種目コード	<input type="checkbox"/> 契約種別コード
1 6 6	3 3

※太枠内にボールペンではっきりとご記入ください。
 ※最近お受取りになった領収証をお持ちの場合には、窓口にご提示ください。
 ※「お届け印」欄には、通常貯金のお届け印を押してください。

お 申 込 人	<input type="checkbox"/> おところ	(〒 - -) (ご連絡先電話番号 - -)	
	(フリガナ)	-----	
	<input type="checkbox"/> おなまえ	様 <input type="checkbox"/> (2枚目にもご捺印ください。)	
	<input type="checkbox"/> 記号番号	記 号(6桁目がある場合は※欄にご記入ください。)	番 号(右詰めでご記入ください。)
		1 0 ※	

※お申込みの日から払込みが開始される日までの期間を1か月以上あけてご記入ください。
 ※払込日は収納加入者さまにご確認の上、ご記入ください。

払 込 先	<input type="checkbox"/> ご加入者名	高知県栄養士会			
	<input type="checkbox"/> □座番号	0 1 6 6 0 - 7 - 6 4 9 3			
<input type="checkbox"/> 払込開始月	平成 年 月から	<input type="checkbox"/> 払込日	毎月 15 日	土曜、日曜、祝日 の場合は翌営業日	
			(再払込日 25 日)		
<input type="checkbox"/> 払込金の種別 (該当のものに ○をしてくだ さい。)	電気料金 20	住宅使用料 25	授業料等 29	割賦代金 34	
	ガス料金 21	公庫償還金 26	購読料 31	税金 35	
	水道料金 22	育英会返還金 27	年金保険 32		30
	電話料金 23	各種保険料 28	会 費 33		30

※「ご契約者」欄はお申込人とご契約者の「おところ・おなまえ」が異なる場合にご記入ください。

ご 契 約 者	おところ	(〒 - -) (ご連絡先電話番号 - -)
	(フリガナ)	-----
	おなまえ	

備 考 欄		日附印