

# 入 会 申 込 書

年 月 日

公益社団法人 日本栄養士会長 様  
公益社団法人 鹿児島県栄養士会長 様

氏名 \_\_\_\_\_

貴会に2026年度より入会したいので 18,500 円 を添えて次のとおり申しこみます。

|      |               |        |
|------|---------------|--------|
| 納入金額 | (ア)入 会 金      | 2,000  |
|      | (イ)日本栄養士会会費   | 6,500  |
|      | (ウ)鹿児島県栄養士会会費 | 10,000 |
|      | 合 計           | 18,500 |

|       |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| ①会員番号 |  |  |  |  |  |  |  |
|       |  |  |  |  |  |  |  |

②～⑰につきまして、ご記入ください。

|                         |                         |                  |  |                            |  |
|-------------------------|-------------------------|------------------|--|----------------------------|--|
| ②<br>フリガナ<br>現氏名        |                         | ③<br>フリガナ<br>旧氏名 |  | ④生年月日 年 月 日<br>*西暦で記入      |  |
|                         |                         |                  |  | ⑤性別 男 ・ 女                  |  |
|                         |                         |                  |  | ⑥地域支部                      |  |
| ⑦書類送付先 *どちらかに○          |                         | 自 宅 ・ 勤 務 先      |  |                            |  |
| 自宅                      | ⑧ 自宅 〒                  | 〒                |  |                            |  |
|                         | ⑨ 自宅住所                  |                  |  |                            |  |
|                         | ⑩ 自宅 TEL・FAX<br>E-mail  | TEL              |  | FAX<br>E-mail (PC)         |  |
| 勤務先                     | フリガナ                    |                  |  |                            |  |
|                         | ⑪ 勤務先名称                 |                  |  |                            |  |
|                         | 部署名                     |                  |  |                            |  |
|                         | ⑫ 勤務先 〒                 | 〒                |  |                            |  |
|                         | ⑬ 勤務先住所                 |                  |  |                            |  |
|                         | ⑭ 勤務先 TEL・FAX<br>E-mail | TEL              |  | FAX<br>E-mail (PC)         |  |
|                         |                         |                  |  |                            |  |
| ⑮職域協議会(運営部会)<br>*いずれかに○ |                         | 0 学校健康教育         |  | 5 フリーランス・栄養                |  |
|                         |                         | 1 研究教育           |  | 7 医 療                      |  |
|                         |                         | 3 行 政            |  | 8 福 祉                      |  |
| ⑯免許区分(番号)<br>*必ず記入して下さい |                         | 1 栄 養 士          |  | 都道府県 号<br>(免許取得日:西暦 年 月 日) |  |
|                         |                         | 2 管理栄養士          |  | 号<br>(免許取得日:西暦 年 月 日)      |  |
| ⑰養 成 校 (出身校)            |                         | (卒業:西暦 年 )       |  |                            |  |
| 備考                      |                         |                  |  |                            |  |