

公益社団法人 福井県栄養士会 宛
(FAX 0776-27-5999)

登録内容変更ならびに入会申込書

標記につきまして、次のとおり（変更・新規入会・再入会）したいので申し込みいたします。

氏名 _____

会員番号 18 _____

住所 _____

出身校名 _____

生年月日（西暦） _____

事 項	変更前（新規入会）	変更後（再入会）	備考
氏 名	(ふりがな)	(ふりがな)	
自宅情報	〒 住所 TEL FAX E-Mail	〒 住所 TEL FAX E-Mail	
勤務先情報	〒 名称 住所 TEL FAX E-Mail	〒 名称 住所 TEL FAX E-Mail	
職域区分	医・学・勤・研・公・地・福（行・児・老・障）	医・学・勤・研・公・地・福（行・児・老・障）	
資格取得	栄養士 免許番号 _____ 取得年月日 _____ 年 月 日 管理栄養士 免許番号 _____ 取得年月日 _____ 年 月 日	管理栄養士 免許番号 _____ 取得年月日 _____ 年 月 日	

新規入会・再入会者
振り込み証添付箇所

職域区分

医 : 医療
学 : 学校健康教育
勤 : 勤労者支援
研 : 研究教育
公 : 公衆衛生
地 : 地域活動
福（行・児・老・障） : 福祉
（行政・児童・老人・障がい）

* 申し込み内容の一部を会員名簿に掲載します。
掲載を拒否される方は、事務所までお申し出
ください。