

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。