一般社団法人　日本薬膳学会

正会員(学生会員)　入会申込書

【　　】内はいずれかを○で囲んでください。氏名の後ろに、署名（サイン）、または、捺印ください。

貴学会の目的に賛同し、正会員　として入会いたします。入会に際し、貴学会の会則を遵守いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | 会員番号 |  |
| 申 込 日 | 20　　年　　月　　日 | 性　別 | 【男・女】 | 入会年度 | 年度（※1参照） | |
| ふりがな |  |  | | 連 絡 先  資料送付先 | 【　勤務先　・　自宅　】 | |
| 氏　名 |  |  | |
| 生年月日 | 西暦　　　年　　月　　日生 | |
| 勤 務 先 | 大学名、学部、科、教室等；会社団体名、部局課（詳細に） | | | | 役職名 |  |
| 〒 | | | | | |
| TEL：　　　　　　（　　　　） | | | FAX：　　　　（　　　　　） | | |
| E-Mail | （お願い）連絡に「メール」を利用しますので、必ず記載してください。 | | | | | |
| 専門分野 |  | | | 学位 |  | |
| 最終学歴 | 【高等学校・専門学校・短期大学・大学・大学院】を　　　年　月 卒業・中退・修了 | | | | | |
| 資　格  （○で囲んでください） | 医師　歯科医師　鍼灸師　管理栄養士　栄養士　健康食品管理士　保健師　助産師　看護師　薬剤師  理学療法士　作業療法士　臨床検査技師　診療放射線技師　柔道整復師　介護福祉士　ケアマネージャー  社会福祉士　精神保健福祉士　調理師　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 自　宅 | 〒 | | | | | |
| 自宅TEL：　　　　（　　　　）　　　　　　　　　FAX：　　　　（　　　　） | | | | | |
| 入会動機 |  | | | | | |
| 申 込 者  連 絡 欄 |  | | | | | |

※1　本学会の年度は、1月１日～当年12月31日です。

入会申込要領：

1．入会を希望される方は、この用紙（またはコピー）の各項をご記入（該当に○印）の上、下記**学会事務局宛**にFAXにてお送りください。

2．学会事務局で**「入会申込書」**を受領し、理事会の承認を受け**、入会金及び年会費**のご納入を確認した後に**「入会通知書」**をお送りします。

**正会員**：入会金5,000円　　年会費9,500円

**問合せ・送付先　　日本薬膳学会事務局**

〒510-0293

三重県鈴鹿市岸岡町1001番地1

鈴鹿医療科学大学内

TEL：059-384-9211　　FAX：059-384-9211

TEL：059-381-2385　FAX：059-381-2386

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **事務局**  **記入欄** | 入会年度 |  |
| 承認確認 | 月　　日 |
| 入金確認 | 月　　日 |
| 会員番号 |  |
| 入会通知 | 月　　日 発送 |