

学校登録申請書

日本臨床栄養協会 理事長 殿

年 月 日

フリガナ ①学校名					
②学部/学科					
フリガナ ③担当者					
④連絡先 (書類送付先)	〒 -				
	TEL	-	-	(代表・直通)	FAX
	e-mail				
⑤入会の動機					
⑥備考欄					

【注意】

1. 本申請書に記入の上、シラバスと共に事務局までお送り下さい。
2. 諮問委員会の審査後、結果をお知らせいたします。
3. 審査通過後に学校登録申請料50,000円をお納め下さい。
4. お振込みの際、必ず『学校名・担当者名』をご記入下さい。
5. 今後の書類送付及びご連絡は、全てご記入いただきました担当者が窓口となります。

【送付先・問合せ先】

〒153-0044東京都目黒区大橋2-16-28パインヒルズ601
 日本臨床栄養協会 事務局 宛
 TEL: 03-3467-0446 FAX: 03-3467-0447
 E-mail: ojsaa2001@zpost.plala.or.jp

【お振込先: ゆうちょ銀行】

振替口座: 00120-9-18766
 口座名: 日本臨床栄養協会
 他金融機関からの振込口座番号
 〇一九(ゼロイチキュウ)店(019) 当座0018766

	学校会員番号	学校登録有効年度	受付日	データ更新	入金日	備考
事務局記入欄			年 月 日		年 月 日	