

団体会員・団体登録者・通信教育受講 申込用紙

日本臨床栄養協会 理事長 殿

年 月 日

【チェック項目】

団体会員 申込用紙 団体登録者および通信教育受講申込者データ 合計金額の納入
 →申込用紙および登録者データと入金を確認後、団体会員証・通信教育受講証(申込者のみ)を送付致します。

①企業/団体名 <small>フリガナ</small>			
②部署名			
③担当者 <small>フリガナ</small>			④性別 男 ・ 女
⑤連絡先 (書類送付先)	E-mail		
	〒 -		
	TEL - - (代表・直通) FAX - -		
⑥ホームページ URL	ご記入のURLへ当協会ホームページ「団体会員」よりリンクさせていただきます。		
⑦団体登録者数	_____名 (団体会員入会の場合、記入不要)		
⑧納入金額	(振込むものに○)	振込日 年 月 日	
		1. 団体会員 年会費	25,000円
		2. 通信教育費: 初回受講(人数)	50,000円 × _____人 = _____円
		3. 通信教育費: 再受講(人数)	20,000円 × _____人 = _____円
	合計金額		_____円
⑨入会の動機 *新規の場合			

【注意】

1. 申込用紙は、お振込みまでにお送りください。お振込みの際、必ず『企業/団体名・担当者名』をご記入下さい。
2. 団体会員のご入会は、会社の支店・部署単位となります。団体登録者は、当該企業・団体に所属されている方です。
3. 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。
4. 団体登録者や通信教育受講の追加申込は随時承りますので、担当者様よりメールにてお申込み下さい。
5. 本申込用紙と同時に下記の**フォーマット**例に従い、申込者ExcelデータをE-mailにてお送り下さい。
6. NR・サプリメントアドバイザー認定後は、正会員への登録変更が必要となります。

*フォーマット

NO.	申込み日	①団体会員氏名	②通信教育 (初回OR再受講)
注意	※西暦・半角	※名字と名前は 全角スペースあり	※初回か再受講 かを記入
1	2016/3/1	栄養 太郎	再受講
2	2016/3/1	栄養 花子	初回

【申込用紙送付・問合せ先】

〒153-0044 東京都目黒区大橋2-16-28「インヒルス」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
 ○一九(ゼロイチキョウ)店(019)
 当座0018766

事務局記入欄	データ更新			備考
	年 月 日			