

一般社団法人日本臨床栄養協会への入会及び通信教育受講申し込み方法

NR養成講座修了者の皆様は、日本臨床栄養協会への入会が必要です。
WEBサイトでのお申込み後、入会金、年会費及び受講料を納入して下さい。
受験のために通信教育受講は必須ではございませんが、受講をご希望される方は、協会宛にNR養成講座受講修了証を必ず送付して下さい。入会手続きの手順は次のとおりです。

①協会へ入会・受講のWEB申込みをする

②【通信教育受講申込みの方のみ】協会へNR養成講座受講の修了を証する書類を送付する

〒153-0044 東京都目黒区大橋2-16-28 パインヒルズ601
一般社団法人日本臨床栄養協会事務局宛 FAX：03-3467-0447

③WEB申込みから7日以内に入会金、年会費及び受講料を下記の口座に振り込む

入会金1,000円＋年会費8,000円＋受講料20,000円（特例申込受付期間：3/1～5/15まで）＝29,000円
※入会のみの方は、入会金1,000円＋年会費8,000円＝9,000円となります。

【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

他の金融機関からの振込用口座番号

〇一九（ゼロイチキュウ）店(019) 当座0018766

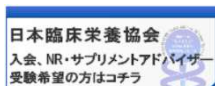
- (注) 1. 入金は個人名でお願いいたします。
2. 領収書は発行いたしません。お振込時の控えを大切に保管して下さい。
3. 通信教育特例申込受付期間（3/1～5/15）以外の受講料は、50,000円となりますのでご了承ください。

④入会のWEB申込み、証明書類及び入金の確認後、会員証と受講証が送付される

協会への入会・受講のWEB申込み手順

1. 日本臨床栄養協会のホームページ（<http://www.jcna.jp/>）にアクセスして下さい。

2. ホームページの



ボタンをクリックして下さい。



▶ お問い合わせ

864488

日本臨床栄養協会
The Japanese Clinical Nutrition Association
日本サプリメントアドバイザー認定機構
Supplement Adviser



日本臨床栄養協会の活動

- ・理事長挨拶
- ・設立趣旨
- ・認定機構趣意
- ・定款
- ・組織図

お知らせ

開催報告 2016.10.27

『第9回NR・サプリメントアドバイザー交流研修会』開催報告

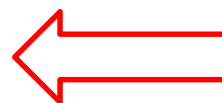
開催報告 2016.10.27

平成28年度健康食品の知識普及員継続研修会「子供のサプリメントの現状」開催報告

日本臨床栄養協会
入会、NR・サプリメントアドバイザー
受験希望の方はコチラ

会員専用ページログイン
各種変更手続きはこちら

ここをクリック



3. 次の画面の ①WEB申し込みをする クリック ボタンをクリックして下さい。

正会員申込方法

ここをクリック

①WEB申し込みをする クリック



2016年度NR・サブシメントアドバイザー受験の為の入会は締め切りました。
2017年度新規入会受付は、2017年9月より開始いたします。
NF養成講座修了者の方はこちらをお読みの上、手続きしてください。
NR・サブシメントアドバイザーについてはこちらよりご確認ください。

②入会・年会費と通信教育受講料を下記口座へ振込む



入会・年会費 9,000円
通信教育初回受講料 50,000円
※入会のみ申し込みも可能です。

【お振込先：ゆうちょ銀行】
振替口座：00120-9-18768
口座名：日本臨床栄養協会
他金融機関からの振込用口座番号
〇一九（ゼロイチキョウ）店（019） 当座0018768

(注)1:入金はお個人名をお願いします。振込名義人と申込者名を一致させてください。
(注)2:領収書は発行致しません。お振込時の控えを大切に保管して下さい。

(注) この画面が表示されずに直接「新規入会申込み」画面が表示される場合があります。

3. 新規入会申込みの画面が表示されます。

新規入会申し込み

下記WEB申込から1週間以内に、ご入金手続きを行って下さい。

※マークは入力必須です。

※WEB申込のみでは手続きが完了しませんのでご注意ください。

氏名*	<input type="text"/>	(例)臨床 太郎
氏名(カナ)*	<input type="text"/>	(例)リンショウ タロウ
入金額	<input checked="" type="radio"/> 新規入会 9000円 <input type="radio"/> 新規入会+通信教育(40単位) 59000円 <input type="radio"/> その他	
パスワード*	<input type="text"/>	※半角英数字を組み合わせて4文字以上、20文字以下で入力してください。
	<input type="text"/>	確認のためもう一度、入力してください。
性別*	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	
生年月日*	-選択- ▼ 年 -選択- ▼ 月 -選択- ▼ 日	

4. 入力フォームに従い必要事項を記入して下さい。

新規入会申し込み

下記WEB申込から1週間以内に、ご入金手続きを行って下さい。

※マークは入力必須です。
※WEB申込のみでは手続きが完了しませんのでご注意ください。

氏名※	栄研 太郎 (例)臨床 太郎
氏名(カナ)※	エイケン タロウ (例)リョウ タロウ
入金額	<input checked="" type="radio"/> 新規入会 8000円 <input type="radio"/> 新規入会+通信教育(40単位) 59000円 <input type="radio"/> その他
パスワード※	・・・・・・ ※半角英数字を組み合わせて4文字以上、20文字以下で入力してください。 ・・・・・・ 確認のためもう一度、入力してください。
性別※	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
生年月日※	2012 年 1 月 1 日
自宅※	郵便番号※ 〒162-0000 (例)111-2222 都道府県※ 東京都 市町村番地※ 新宿区戸山0-00 ビル名 電話番号(※) 03-0000-0000 (例)03-1111-2222 携帯電話番号(※) 090-0000-0000 (例)111-2222-3333 固定電話がない場合は必須となります。 FAX (例)03-1111-2222
勤務先	勤務先有無 <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし「あり」の場合、下記項目が必須となります。 勤務先名(※) 栄義研究所 所属部署 NR係 郵便番号(※) 〒162-0000 (例)111-2222 都道府県(※) 東京都 市町村番地(※) 新宿区戸山0-00 ビル名 電話番号(※) 03-0000-0000 (例)03-1111-2222 FAX (例)03-1111-2222
メールアドレス※	000@aa.co.jp
保有資格※	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 放射線技師 <input type="checkbox"/> 理容美容師 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 獣医師 <input type="checkbox"/> 鍼灸指圧師 <input type="checkbox"/> 食品・生物・生命科学系学部修了者 <input checked="" type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし ※「その他」の場合、入力してください。 <input checked="" type="checkbox"/> NR養成講座修了者
入会の動機※	<input checked="" type="radio"/> 臨床栄養の勉強のため <input type="radio"/> サプリメントの勉強のため <input type="radio"/> 知人の紹介 <input type="radio"/> 職場のすすめ <input type="radio"/> 学術大会で興味をもった <input type="radio"/> その他 ※「その他」の場合、入力してください。

入会のみの方

ここをクリック

※通信教育を受講しない方は、新規入会を選択して下さい。

通信教育受講の方

ここをクリック

※料金が59000円と表示されていますが、これは一般の方の料金表示です。NR養成講座修了者で特例利用の方は、29000円(割引料金)となります。

ここをクリック

※資格の有無欄は複数選択できます。必ず「その他」をクリックしてください。

ここに「NR養成講座修了者」と記載して下さい。

※受講料の割引及び認定試験受験者確認のために必要です。※記載がない場合は、受験要項の送付対象となりませんのでご注意下さい。

確認

5. 入力が終わったら **確認** ボタンをクリックして下さい。

メールアドレス※	000@aa.go.jp
保有資格※	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 放射線技師 <input type="checkbox"/> 理容美容師 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 獣医師 <input type="checkbox"/> 鍼灸指任師 <input type="checkbox"/> 食品・生物・生命科学系学部修了者 <input checked="" type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし ※「その他」の場合、入力してください。 NR養成講座修了者
入会の動機※	<input checked="" type="radio"/> 臨床栄養の勉強のため <input type="radio"/> サプリメントの勉強のため <input type="radio"/> 知人の紹介 <input type="radio"/> 職場のすすめ <input type="radio"/> 学術大会に興味をもった <input type="radio"/> その他 ※「その他」の場合、入力してください。

確認 ← ここをクリック

6. 確認画面が表示されますので、入力内容に間違いが無ければ、**登録** ボタンをクリックして下さい。

新規入会申し込み

登録内容を確認して、最後に登録ボタンを押してください。

氏名※	栄研 太郎	
氏名(カナ)※	エイケン タロウ	
入金額	会員登録	
パスワード※	***** (確認画面で非表示)	
性別※	男	
生年月日	2012年1月1日	
自宅※	郵便番号※	〒162-0000
	都道府県※	東京都
	市町村番地※	新宿区戸山0-00
	ビル名	
	電話番号※	03-0000-0000
	携帯電話番号 FAX	090-0000-0000
勤務先	勤務先有無	あり
	勤務先名	栄養研究所
	所属部署	NR系
	郵便番号	〒162-0000
	都道府県	東京都
	市町村番地	新宿区戸山0-00
	ビル名 電話番号 FAX	03-0000-0000
メールアドレス※	000@aa.go.jp	
保有資格※	その他 NR養成講座修了者	
入会の動機※	臨床栄養の勉強のため	

登録 ← ここをクリック

修正

(注) 入力漏れ等がある場合は、**登録** が表示されません。
 入力漏れ等がある項目に赤字で注意が表示されますので、**修正** ボタンをクリックし、
 該当箇所及び暗証番号を再度入力して下さい。

以上で協会への入会のWEB申込み手順は終了です。