

(FAX : 03-3467-0447)

NR・SA サポーター登録同意書

以下の【参加にあたってのお願い】と【個人情報の取り扱いについて】をご確認のうえ、同意される方は「同意します」にチェックを入れてNR・SA サポーター登録申請にお進みください。

【参加にあたってのお願い】

1. 参加を希望しても、イベントごとの定員に達した場合は参加できないことがあります。
2. 活動に必要な会場までの交通費は、個人負担となる場合もあります。
3. 活動報告を写真付きで掲載させていただくことがございます。ご了承を願います。
(掲載の場合は事前に承諾の可否を確認いたします。)
4. サポーター活動中に、画像や動画を撮影してサイトに投稿したり、関係者に個人的な連絡先等を求める行為は厳禁です。
5. 当日は、イベント主催者の指示・ルールに従ってください。
6. サポーターとしてふさわしくないと判断した場合は、登録を取り消します。

【個人情報の取り扱いについて】

1. ご登録書にご記入いただきました個人情報は、必要なセキュリティ対策を講じ、厳重に管理いたします。ただし、外部からのイベント協力依頼への参加が決まった場合、登録していただいた情報のうち「名前」「住所」「電話番号」「E-mail」については、イベントの主催者に提供いたしますので ご了承ください。
2. ご登録時にご記入いただきましたメールアドレスに、一般社団法人日本臨床栄養協会からNR・SA サポーターを募集する イベント情報をお送りいたします。

【ホームページへの掲載について】

1. ご登録いただきました情報は、任意でホームページ上の「NR・SA サポーターリスト」に掲載させていただきます。(氏名、主な活動場所、アピール内容のみ)
2. ご登録時に掲載の可否をご選択ください。掲載負荷の場合、当協会内にて登録情報を保管させていただきます。

一般社団法人 日本臨床栄養協会理事長 殿

上記に同意し申し込みます

年 月 日

ご署名

NR・SA サポーター登録申請書

一般社団法人 日本臨床栄養協会理事長 殿

会員番号	jena
NR・SA 認定番号	
氏 名	

下記の通り NR・SA サポーターとして登録します。

①氏名 (フリガナ)	
②所属	
③主な活動場所 ※1つだけ☑してください	<input type="checkbox"/> 北海道 <input type="checkbox"/> 青森県 <input type="checkbox"/> 岩手県 <input type="checkbox"/> 宮城県 <input type="checkbox"/> 秋田県 <input type="checkbox"/> 山形県 <input type="checkbox"/> 福島県 <input type="checkbox"/> 茨城県 <input type="checkbox"/> 栃木県 <input type="checkbox"/> 群馬県 <input type="checkbox"/> 埼玉県 <input type="checkbox"/> 千葉県 <input type="checkbox"/> 東京都 <input type="checkbox"/> 神奈川県 <input type="checkbox"/> 新潟県 <input type="checkbox"/> 富山県 <input type="checkbox"/> 石川県 <input type="checkbox"/> 福井県 <input type="checkbox"/> 山梨県 <input type="checkbox"/> 長野県 <input type="checkbox"/> 岐阜県 <input type="checkbox"/> 静岡県 <input type="checkbox"/> 愛知県 <input type="checkbox"/> 三重県 <input type="checkbox"/> 滋賀県 <input type="checkbox"/> 京都府 <input type="checkbox"/> 大阪府 <input type="checkbox"/> 兵庫県 <input type="checkbox"/> 奈良県 <input type="checkbox"/> 和歌山県 <input type="checkbox"/> 鳥取県 <input type="checkbox"/> 島根県 <input type="checkbox"/> 岡山県 <input type="checkbox"/> 広島県 <input type="checkbox"/> 山口県 <input type="checkbox"/> 徳島県 <input type="checkbox"/> 香川県 <input type="checkbox"/> 愛媛県 <input type="checkbox"/> 高知県 <input type="checkbox"/> 福岡県 <input type="checkbox"/> 佐賀県 <input type="checkbox"/> 長崎県 <input type="checkbox"/> 熊本県 <input type="checkbox"/> 大分県 <input type="checkbox"/> 宮崎県 <input type="checkbox"/> 鹿児島県 <input type="checkbox"/> 沖縄県
④アピール内容 (80 字以内)	
⑤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"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 獣医師 <input type="checkbox"/> 鍼灸指圧師 <input type="checkbox"/> 食費・生物・生命科学系学部修了者 <input type="checkbox"/> 登録販売者 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他 ()
⑥住所	〒
⑦電話	
⑧E-mail	
協会ホームページ上の情報の公開について (①～④)	<input type="checkbox"/> 希望します <input type="checkbox"/> 希望しません

※⑤～⑧につきましては、事務局にて厳重に管理致します。

事務局記入欄

事務局受付日				備考	
--------	--	--	--	----	--