

日本臨床栄養協会 正会員用

※入金後、事務局まで郵送またはFAXにてご提出下さい。

	姓	名		性別	男・女
フリガナ					
氏名			生年月日	(西暦)	年 月 日
入会金・年会費 納入日	月 日	会員番号 (事務局記載)			

指定国家資格の有無 (当てはまるものに✓をして下さい)

- ₁医師 ₂歯科医師 ₃獣医師 ₄薬剤師 ₅看護師 ₆保健師 ₇助産師 ₈管理栄養士
₉栄養士 ₁₀臨床検査技師 ₁₁放射線技師 ₁₂理学療法士 ₁₃作業療法士 ₁₄鍼灸指圧師
₁₅理容美容師 ₁₆歯科衛生士 ₁₇柔道整復師 ₁₈保育士 ₁₉資格に準ずる(食品・生物・生命科学系学部修了者)
₂₀上記の指定国家資格は保有していない

※自宅

現住所	〒	
	TEL :	FAX :
	E-mail :	

※勤務先

名称		
所属		
所在地	〒	
	TEL :	FAX :
	E-mail :	

◎登録内容の変更について

氏名・住所・勤務先等を変更した場合には、所定の登録変更届に会員番号と変更内容を明記の上、日本臨床栄養協会事務局まで、郵送またはFAXにてご提出下さい。

※登録変更届は、ホームページ・機関誌に掲載しております。

資料・送付先	1. 自宅	2. 勤務先
--------	-------	--------

どちらかに○をお付け下さい。

【通信欄】