FAX　０８９‐９４６‐０７０２　愛媛県栄養士会　宛

**変　 更 　届**

※空欄すべてご記入のうえ、変更箇所に☑をお願いします　　　　　　　　　記入日：平成　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員番号 | ０ |  | |  |  |  |  |  |  | □書類送付先 | | | | 自宅　　・　　勤務先 |
| フリガナ |  | | | | | | | | | フリガナ | | |  | |
| □姓の変更  現氏名 |  | | | | | | | | | 旧氏名 | | |  | |
| □（現）支部 | 西条・今治・松山・八幡浜・宇和島 | | | | | | | | | 旧支部 | | | 西条・今治・松山・八幡浜・宇和島 | |
| □（現）事業部 |  | | | | | | | | | 旧事業部 | | |  | |
| □免許区分 | １　栄養士　　　　　　都道府県　　　　　　　　号（免許取得日：西暦　　　　　　年　　月　　日）  ２　管理栄養士　　　　　　　　　　　　　　　　　号（免許取得日：西暦　　　　　　年　　月　　日） | | | | | | | | | | | | | |
| □自宅住所 | 〒  ＴＥＬ（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| □勤務先名 | ※退職者は勤務先名「在宅」 | | | | | | | | | | | | | |
| □勤務先住所 | 〒  ＴＥＬ（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| □会費の納入方法 | Ｈ27年度 | | １　振込み  ２　口座自動振替  （　伊予銀　　・　　ゆうちょ　） | | | | | | | | Ｈ28年度 | １　振込み  ２　口座自動振替  （　伊予銀　　・　　ゆうちょ　） | | |

☆各事業部名（旧協議会名）☆

医療（病院）・学校健康教育・勤労者支援（集団健康管理）・研究教育・公衆衛生（行政）・地域活動・福祉

＜注意事項＞

※書類送付先は、日本栄養士会雑誌（毎月）、県栄からの郵送物の発送先になります。

※書類送付先の住所の変更は、毎月10日までに変更届を提出いただくと、次月号に反映されます。

※免許区分は、新たに管理栄養士を取得された場合等入会時と変更があった場合にのみご記入ください。

※会費の支払方法の変更について、口座自動振替の場合はお申込みが必要なため、事務局からご連絡させていただく場合がございます。自動振替申込書の金融機関提出期限は1月末までですが、不備があれば返却され、登録できないこともありますので、なるべくお早めにご連絡ください。