|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※選択項目は、該当する選択肢を、○は択一で●、□は複数選択可で■に、書き換えて下さい。 | お申込日 |  年 月 日 |
| お氏名(お仕事名、旧姓でのご登録も可能です) |  | 姓 | 名 |
| 漢字 |  |  |
| カタカナ |  |  |
| アルファベット |  |  |
| 性別 | 〔○ 男 ○ 女〕 | 生年月日 |  年 月 日 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 連絡先※ | E-mail | PC |  |
|  | 携帯 |  |
| 電話 | 固定 |  | 〔○直通 ○勤務先〕 |
|  | 携帯 |  |
| 本会からのご案内等の送信先 | 事務局の主Mail先 | □ PCアドレス | □ 携帯アドレス |  |
| 営膳会メルマガ | □ PCアドレス | □ 携帯アドレス | □ 購読しない |
| 月例案内 | □ PCアドレス | □ 携帯アドレス | □ 受け取らない |

※ 電話は〔固定・携帯〕、E-mailは〔PC・携帯〕の少なくとも一方はご必ず記入下さい。
勤務先代表番号の場合など、取次していただく必要がある場合には、部署名なども付記して下さい。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 郵便物・宅配便の送付先 | 郵便番号 | 〒 | 送付先 | 〔○ 自宅 ○ 勤務先〕 |
| 住所 |  | 都 道府 県 |  |
|  |
| 社名,部署名,宛先名等※ |  |

※ 勤務先への送付をご希望の方は社名・部署名等をご記入ください。

※ お仕事名・旧姓等でお名前をご登録される方は、郵便等の届く宛先名をご記入下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 中医学・薬膳のご学歴※ | □ 学校（名称： ） | □ なし |
| □ 薬膳教室（名称： ） |
| □ 薬膳講座（名称： ） |
| □ その他（ ） |

※本会講座の受講歴はご記入不要です。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 中医・営養・薬膳等に関する資格 | □ 国際中医薬膳師 | □ 国際中医師 | □ 国際薬膳調理師 |
| □ その他（ ） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 国家資格等の公的な免許・資格 | □ 医師 | □ 薬剤師 | □ 看護師 | □ 介護士 |
| □ 管理栄養士 | □ 栄養士 | □ 調理師 | □ 保健師 |
| □ その他（ ） |

|  |  |
| --- | --- |
| 現在の職種 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 事務局へのご連絡事項 |  |

※ ご記入お疲れさまでした。ご入会申込が役員会で承認され次第、入会金・年会費のご請求メールをお送りします（お振込日が入会日となります．年会費は、ご入会月から12ヶ月分です。以降は毎年、ご更新のご請求をさせていただきます）。