



本会事務局使用欄	
受付日	
入金日	
会員番号	

※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)	漢字	姓 名	
	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	
		携帯	
本会からの ご案内等の 送信先	事務局の主Mail先	<input type="checkbox"/> PCアドレス	<input type="checkbox"/> 携帯アドレス
	営膳会メルマガ	<input type="checkbox"/> PCアドレス	<input type="checkbox"/> 携帯アドレス <input type="checkbox"/> 購読しない
	月例案内	<input type="checkbox"/> PCアドレス	<input type="checkbox"/> 携帯アドレス <input type="checkbox"/> 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※	<input type="checkbox"/> 学校 (名称:) <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 薬膳教室 (名称:)
	<input type="checkbox"/> 薬膳講座 (名称:)
	<input type="checkbox"/> その他 ()

※本会講座の受講歴はご記入不要です。

中医・營養・ 薬膳等に 関する資格	<input type="checkbox"/> 国際中医薬膳師	<input type="checkbox"/> 国際中醫師	<input type="checkbox"/> 国際薬膳調理師
	<input type="checkbox"/> その他 ()		

国家資格等 の公的な 免許・資格	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 薬剤師	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 介護士
	<input type="checkbox"/> 管理栄養士	<input type="checkbox"/> 栄養士	<input type="checkbox"/> 調理師	<input type="checkbox"/> 保健師
	<input type="checkbox"/> 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)。

※ご記入いただいた個人情報については、本会からのご連絡以外には一切使用いたしません。