

平成 年 月 日

公益社団法人 茨城県栄養士会 様

公益社団法人 日本栄養士会 様

退 会 届

会員番号： _____

所属都道府県栄養士会： _____

氏名： _____

所属専門研究会： _____

私は、平成 年 月 日 をもちまして、貴会を退会することを届け出ます。

会員番号								
氏名フリガナ								
氏名								
生年月日	西暦	年	月	日				
連絡先	TEL : (自宅 ・ 勤務先 ・ 携帯)							
退会理由 * 差支えなければご記入 ください								

※ 上記に 必要事項を記入の上 茨城県栄養士会あて送付ください。

〒 310-0034 水戸市緑町3-5-35
公益社団法人 茨城県栄養士会 担当 高野宛
TEL 029-228-1089 FAX 029-228-4271

※ 会員証は 日本栄養士会に返却ください。

〒 105-0004 東京都港区新橋5-13-5
新橋MCVビル6階
公益社団法人 日本栄養士会 業務支援システム担当宛
TEL 03-5425-6555