

平成 年 月 日

公益社団法人 岩手県栄養士会 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：公益社団法人 岩手県栄養士会

氏名： \_\_\_\_\_

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								