

公益社団法人大分県栄養士会 様

## 退 会 届

会員番号： \_\_\_\_\_

所属都道府県栄養士会： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_

私は、 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								

※会費支払方法 ( 振込 ・ 自動引落 ・ クレジット払 )  
最終の支払い方法に○をお付けください。

※会員証を添え、この退会届とともに下記事務局までご返送ください。

《返送先》  
〒870-0912  
大分市原新町9番2号  
公益社団法人大分県栄養士会  
TEL 097-556-8810  
FAX 097-556-8921

