

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

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
所属専門研究会	
電話番号	— — ( 自宅 ・ 勤務先 ・ 携帯 )
退会理由	

※ 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 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M C V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