FAX　089‐946‐0702　愛媛県栄養士会　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　 年 　 月 　 日

（公社）愛媛県栄養士会　様

（公社） 日本栄養士会　様

**退　会　届**

私は、令和　　　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 |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日（西暦） | 年　　　月　　　日 |
| フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | |
| 支部名  \*いずれかに〇 | 西条 　　・ 　　今治 　　・ 　　松山　　 ・ 　　八幡浜　　 ・ 　宇和島 | | | | | | | | | |
| 事業部名  \*いずれかに〇 | 医療 、学校健康教育 、研究教育 、公衆衛生 、 福祉　、 フリーランス･栄養関連企業等 | | | | | | | | | |
| 連絡先 | TEL：  　　　　（　自宅　・　携帯　　・　勤務先　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 退会理由 ※差支えなけれ　　ばご記入ください。 |  | | | | | | | | | |
| 会費  納入方法  \*いずれかに〇 | **□**振込み  **□**口座自動引落　（　　　伊予銀行　　・　　ゆうちょ銀行　　） 　　　　※自動引落（毎年4/1）解約手続きのため１月３１日までに「退会届」を提出してください。  **□**クレジットカード決済  　　　　※3/26～4/1までは変更不可となります。２月末までに「退会届」を提出してください。 | | | | | | | | | |