

退 会 届

申請日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

公益社団法人埼玉県栄養士会 会長 殿

貴会を退会いたしますので、退会届を提出いたします。

会員番号		所属職域		
(ふりがな)		生年月日	西暦	年 月 日
会員名		性 別	男 ・ 女	
E-mail				

退会日	<input type="checkbox"/> 今年度末(3月31日付)にて退会 ・ <input type="checkbox"/> 即日退会 (_____ 年 _____ 月 _____ 日付) (当てはまる方に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください)			
退会理由	1. 一身上の都合により 2. 死 亡 (_____ 年 _____ 月 _____ 日ご逝去) 3. その他 (_____)			

勤 務 先	施設名			
	〒 _____			
	TEL _____	FAX _____		
自 宅	〒 _____			
	TEL _____	FAX _____		
	代理提出者 氏名			

●勤務先・自宅のどちらかを連絡先としてご記入のうえ、メールまたはFAXにてお送り下さい。

公益社団法人埼玉県栄養士会 事務局

〒330-0063 埼玉県さいたま市浦和区高砂 3-10-4 埼玉建設会館内

FAX : 048-866-7926

メール : s-eiyou@fancy.ocn.ne.jp