（西暦）20　　年　　月　　日

一般社団法人 日本臨床栄養代謝学会 理事長殿

# 退会届

| | |
|---|---|
| （フリガナ）<br>氏名 | |
| 会員番号 | N または J＋9 桁の数字 |
| 所属・部署 | |
| ご連絡先（メールアドレス）<br>**※必須** | |
| 資格等<br>**※該当する場合は必須** | 該当する場合には、チェックを入れてください。<br>□代議員・学術評議員<br>□指導医（認定番号：　　）<br>□認定医・認定歯科医（認定番号：　　）<br>□NST 専門療法士（認定番号：　　）<br>□NST 認定施設（□代表者□コアスタッフ）（施設名：　　） |
| 退会理由<br>**※必須** | □ご退職の為<br>□ご転職の為<br>□その他<br>（　　） |
| 上記の理由により、　　年　　月　　日に退会いたします。 | |

**※ 会費未納（当年度分まで）の退会届は受理されません。**

**【学会事務局へＦＡＸまたはご郵送下さい。】**

一般社団法人 日本臨床栄養代謝学会　事務局

〒103-0022　東京都中央区日本橋室町４丁目４－３　喜助日本橋室町ビル４階

FAX：03-6263-2581