

--	--

(西暦) 20 年 月 日

一般社団法人 日本栄養治療学会 理事長殿

## 退会届

(フリガナ) 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) ※必須	
資格等 ※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。 <input type="checkbox"/> 代議員・学術評議員 <input type="checkbox"/> 指導医 (認定番号: ) <input type="checkbox"/> 認定医・認定歯科医 (認定番号: ) <input type="checkbox"/> NST 専門療法士 (認定番号: ) <input type="checkbox"/> NST 認定施設 ( <input type="checkbox"/> 代表者 <input type="checkbox"/> コアスタッフ) (施設名: )
退会理由 ※必須	<input type="checkbox"/> ご退職の為 <input type="checkbox"/> ご転職の為 <input type="checkbox"/> その他 ( )
上記の理由により、 年 月 日に退会いたします。	

※ (当年度分までの) 会費未納の場合は受理されません。

【学会事務局へFAXまたはご郵送下さい。】

一般社団法人 日本栄養治療学会 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