

(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 <b>※自署</b>	
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) <b>※必須</b>	
資格等 <b>※該当する場合は必須</b>	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 <b>※必須</b>	<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。	

**※ 会費未納 (当年度分まで) の退会届は受理されません。**

**※ご退会をいただく事業年度内 (12月1日～翌年11月30日) にご提出をお願いします。**

### 【退会届 送付先】

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

E-mail : jimukyoku@jспен.or.jp

※郵送、Fax、E-mail のいずれかにてご提出ください。