**平成　　年　　月　　日**

**日本糖尿病協会　沖縄県栄養士部会　様**

**退　会　届**

**現在、貴会へ医療スタッフとして入会登録をしていますが、**

**この度、平成　　年　　月　　日　をもちまして、**

**退会を希望いたします。**

**氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印**

**勤務先**

**連絡先　TEL：**

**(　自宅　・　勤務先・　携帯　)**

**退会理由**

**※差支えなければ**

**ご記入下さい。**

**郵送の場合は**

〒９０１－２１１２

沖縄県浦添市字沢岻2丁目23番1号4階

公益社団法人　沖縄県栄養士会

**ＦＡＸの場合は**

０９８-９４２－５３１２