

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。

FAXの場合は

098-942-5312

郵送の場合は

〒901-2112

沖縄県浦添市字沢岬2丁目23番1号4階

公益社団法人 沖縄県栄養士会