

様式 5

平成 年 月 日

公益社団法人 山口県栄養士会会長 様

住 所

氏 名 印

(会員番号 )

(勤務先 )

(職域事業専門部会名 )

## 退 会 届

今般、都合により退会したいのでお届けします。