

(様式第4-2号)

賛助会員退会届

令和 年 月 日

私は、令和 年 月 日付けをもちまして、貴会を退会することを届けます。

会社名 代表者名	
所在地	
連絡先	TEL — — 担当者名

※送信・送付先 〒612-0029
京都市伏見区深草西浦町1丁目14-5 京都栄養士会館
公益社団法人 京都府栄養士会事務局
TEL 075-642-7568 FAX 075-642-7569