

年 月 日

日本家庭科教育学会 退会届

日本家庭科教育学会会長 様

私は、西暦 年 月 日にて退会いたします。

会員名 \_\_\_\_\_ 会員番号 \_\_\_\_\_

自宅住所：〒 \_\_\_\_\_

連絡方法：TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

○退会届にご記入の上、下記宛に郵送またはFAXにてお送りください。  
〒112-0012 東京都文京区大塚4-39-11 仲町Y Tビル3階  
日本家庭科教育学会事務センター  
Tel・Fax 03-3942-7885

○一度ご入金頂いた年会費は返納できませんので、ご了承下さい。