佐賀県栄養士会事務局あて

**FAX： 0952-26-5249　　Email：****sagakeneiyoushikai@luck.ocn.ne.jp**

令和４年度　公益社団法人佐賀県栄養士会　定時総会出欠確認票

出席・欠席のいずれかに〇をつけ、右の欄をご記入ください。出欠に関わらず、必ずFAXまたはメールにてご返送ください。メールの場合は、ご記入いただき、スキャナーで読み取るか、撮影した画像を送信ください。

|  |  |
| --- | --- |
| ご出席 | ①　令和4年度総会に出席します　　当日欠席した場合は会長に一任します。②　お弁当の注文（500円税込・お茶無）　　　　**必要　　・　　不要**・お弁当代は当日の受付時にお支払いください。 |
| ご欠席 | **委　任　状**私は、令和４年度における議案の審議並びに議決に関する一切の権限を　【出席者名：　　　　　　　　】または会長　　　　　　　　　　　　　に委任します。＊議長には委任できません。代理人の名前が記載されていない場合は、会長に一任したものとみなして取り扱いますのでその旨ご了承ください。 |

令和4年　５月　　日

会員番号：佐栄　　　　　　　　支部名：

氏名（自署）