

様式1

立 候 補 届

一般社団法人愛知県病院薬剤師会 選挙管理委員会 殿

年 月 日

ふりがな

氏名 印 (満 才)

勤務先

同所在地 〒 TEL - -

支部名 支 部

抱負

私は一般社団法人愛知県病院薬剤師会定款第24条に基づき 年 月 日に行われる選挙
にあたり _____ に立候補しますので、下記の推薦人署名と所定の書類を添え届け出ます。

上記の者を _____ 立候補者として推薦する

推薦人 所属

氏名 印

推薦人 所属

氏名 印

推薦人 所属

氏名 印

所属長

氏名 印

* 立候補者は所属長の許可を得ること。但し、立候補者が所属長である場合は不要