

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

令和 4 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 2 4 条に基づき令和 4 年 5 月 29 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