

一般社団法人岩手県歯科衛生士会 選挙管理委員長 殿

推薦候補届出書

1. 推薦する役員の別

(1) 理事候補 ・ (2) 監事候補 (該当する番号を○で囲んでください。)

2. 推薦候補者について

(1) 歯科衛生士会
会員番号

(2) 氏 名

(3) 生 年 月 日

(4) 住 所

〒 _____

(5) 連絡先電話番号

(6) 勤 務 先

(7) 所 在 地

〒 _____

(8) 略 歴

① 卒業学校名および卒業年度

② 主な職歴

3. 推薦理由

上記の会員を一般社団法人岩手県歯科衛生士会の役員候補者として推薦いたしたく、
候補者の承諾を得てお届けいたします。

第1推薦者

(1) 歯科衛生士会
会員番号

(2) 氏 名

(3) 生 年 月 日

(4) 住 所

〒 _____

(5) 連絡先電話番号

第2推薦者

(1) 歯科衛生士会
会員番号

(2) 氏 名

(3) 生 年 月 日

(4) 住 所

〒 _____

(5) 連絡先電話番号

一般社団法人岩手県歯科衛生士会 選挙管理委員長 殿

承諾書

上記役員候補者として承諾いたします。

氏名

※ 推薦者が3名以上の場合は 選管2-①の後ろに選管2-②を添付してください。
(さらに必要な場合はコピーしてご利用ください。)

第3 推薦者

- (1) 歯科衛生士会
 会員番号 _____
- (2) 氏 名 _____
- (3) 生 年 月 日 _____
- (4) 住 所 〒 _____
- (5) 連絡先電話番号 _____

第4 推薦者

- (1) 歯科衛生士会
 会員番号 _____
- (2) 氏 名 _____
- (3) 生 年 月 日 _____
- (4) 住 所 〒 _____
- (5) 連絡先電話番号 _____

第5 推薦者

- (1) 歯科衛生士会
 会員番号 _____
- (2) 氏 名 _____
- (3) 生 年 月 日 _____
- (4) 住 所 〒 _____
- (5) 連絡先電話番号 _____

第6 推薦者

- (1) 歯科衛生士会
 会員番号 _____
- (2) 氏 名 _____
- (3) 生 年 月 日 _____
- (4) 住 所 〒 _____
- (5) 連絡先電話番号 _____