

令和 年 月 日

一般社団法人岩手県歯科衛生士会
選挙管理委員長 殿

立 候 補 届 出 書

1. 立候補する役員の別

(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. 立候補者について

(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 _____ (携帯)

(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. 立候補趣意

上記のとおり、役員候補として立候補いたします。

氏 名 _____