

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

(携帯)

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 〒

承諾書

上記役員候補者として承諾いたします。

氏名