様式１

立　候　補　届

（会長候補用）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　　年　　月　　日

一般社団法人大阪府病院薬剤師会

選挙管理委員会　殿

ふ　り　が　な

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

勤務先

同所在地

　　　　私は一般社団法人大阪府病院薬剤師会役員候補者選出規程に基づき、西暦　　　年　　月　　日

に行われる選挙にあたり、会長候補に立候補しますので所定の書類を添えて届け出ます。

様式２

略　歴　書

ふ　り　が　な

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　印

生年月日　　西暦　　年　　月　　日　生　（　　　歳）

現住所　　　〒

　　　　　　　 　　　　　　（TEL：　　　—　　　　—　　　　）

勤務先

同所在地　　〒

　　　　　　　　　　　　 　　（TEL：　　　　—　　　　—　　　　）

学歴（大学入学以後の学歴を記入）

　年　月

　　：

　　：

　　：

　　：

　　：

薬剤師免許登録番号：第　　　　　　　　号

同上登録年月日　　：昭和　　　年　　　月

　　　　　　　　　　平成

職歴

　年　月

　　：

　　：

　　：

　　：

　　：

大阪府病院薬剤師会その他関連団体役員歴

　年　月

　　：

　　：

　　：

　　：

　　：

様式３

推　薦　書

（会長候補用）

一般社団法人大阪府病院薬剤師会

選挙管理委員会　殿

ふ　り　が　な

被推薦者氏名

勤務先

同所在地　〒

私達は一般社団法人大阪府病院薬剤師会役員候補者選出規程に基づき、西暦　　　年　　月　　日に行われる選挙にあたり、上記の者を会長候補に適任と認め連署を以て推薦します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　年　　月　　日

推薦者（５名以上）

所属　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属

　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

所属　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属

　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

所属　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属

　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

所属　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属

　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

所属　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属

　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

様式４

承　諾　書

（会長候補用）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　年　　月　　日

一般社団法人大阪府病院薬剤師会

選挙管理委員会　殿

ふ　り　が　な

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

勤務先

同所在地

　私は一般社団法人大阪府病院薬剤師会役員候補者選出規程に基づき、西暦　　　年　　月　　日に行われる選挙にあたり、　　　　　　　　　　氏ほか　　　　名の推薦により会長候補の候補者になることを承諾します。

様式１

立　候　補　届

（監事候補用）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　年　　月　　日

一般社団法人大阪府病院薬剤師会

選挙管理委員会　殿

ふ　り　が　な

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

勤務先

同所在地

　私は一般社団法人大阪府病院薬剤師会役員候補者選出規程に基づき、西暦　　　年　　月　　日に行われる選挙にあたり、監事候補に立候補しますので所定の書類を添えて届け出ます。

様式２

略　歴　書

ふ　り　が　な

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　印

生年月日　　西暦　　　年　　月　　日　生　（　　　歳）

現住所　　　〒

　　　　　　　 　　　　　　（TEL：　　　　—　　　　—　　　　）

勤務先

同所在地　　〒

　　　　　　　　　　　　 　　（TEL：　　　　—　　　　—　　　　）

学歴（大学入学以後の学歴を記入）

　年　月

　　：

　　：

　　：

　　：

　　：

薬剤師免許登録番号：第　　　　　　　　号

同上登録年月日　　：昭和　　　年　　　月

　　　　　　　　　　平成

職歴

　年　月

　　：

　　：

　　：

　　：

　　：

大阪府病院薬剤師会その他関連団体役員歴

　年　月

　　：

　　：

　　：

　　：

　　：

様式３

推　薦　書

（監事候補用）

一般社団法人大阪府病院薬剤師会

選挙管理委員会　殿

ふ　り　が　な

被推薦者氏名

勤務先

同所在地　〒

私達は一般社団法人大阪府病院薬剤師会役員候補者選出規程に基づき、西暦　　　年　　月　　日に行われる選挙にあたり、上記の者を監事候補に適任と認め連署を以て推薦します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　年　　月　　日

推薦者（５名以上）

所属　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属

　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

所属　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属

　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

所属　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属

　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

所属　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属

　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

所属　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属

　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

様式４

承　諾　書

（監事候補用）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　年　　月　　日

一般社団法人大阪府病院薬剤師会

選挙管理委員会　殿

ふ　り　が　な

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

勤務先

同所在地

　私は一般社団法人日本病院薬剤師会役員候補者選出規程に基づき、西暦　　　年　　月　　日に行われる選挙にあたり、　　　　　　　　　　氏ほか　　　　名の推薦により監事候補の候補者になることを承諾します。