

様式1

# 立 候 補 届

(副会長候補用)

平成 年 月 日

一般社団法人日本病院薬剤師会  
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、平成24年2月18日に行われる選挙にあたり、副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

写真貼付欄

1. 縦 36~40 mm  
横 24~30 mm
2. 本人単身胸から上
3. 裏面のりづけ

ふりがな

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
生年月日 昭和 年 月 日生 ( 歳 )  
現住所 〒 \_\_\_\_\_  
(T e l \_\_\_\_\_ )

勤務先 \_\_\_\_\_  
同所在地 〒 \_\_\_\_\_  
(T e l \_\_\_\_\_ )

日本病院薬剤師会加入年月日：昭和 年 月  
平成

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

：  
：  
：  
：  
：

日本病院薬剤師会および都道府県病院薬剤師会その他関連団体役員歴

年 月

：  
：  
：  
：  
：

# 推薦書

(副会長候補用)

一般社団法人日本病院薬剤師会  
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日本病院薬剤師会役員候補者選出規程に基づき、平成24年2月18日に行われる選挙にあたり、上記の者を副会長候補に適任と認め連署を以て推薦します。

平成 年 月 日

推薦者（5名以上）

( ) 病院薬剤師会	昭和 平成	年 月 日 加入	印
( ) 病院薬剤師会	昭和 平成	年 月 日 加入	印
( ) 病院薬剤師会	昭和 平成	年 月 日 加入	印
( ) 病院薬剤師会	昭和 平成	年 月 日 加入	印
( ) 病院薬剤師会	昭和 平成	年 月 日 加入	印



様式4

## 趣 意 書

立候補者氏名	
所 属	

副会長候補立候補にあたっての所信及び抱負

\* 400字以内で記載して下さい。

様式5

# 承諾書

(副会長候補用)

平成 年 月 日

一般社団法人日本病院薬剤師会  
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、平成24年2月18日に  
行われる選挙にあたり、氏ほか名の推薦により副会長候補の候  
補者になることを承諾します。