

様式1

立 候 補 届

(監事候補用)

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26年2月15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

写真貼付欄

1. 縦 36~40mm
横 24~30mm
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 _____)

日本病院薬剤師会会員番号：

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 _____ 年 _____ 月

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

(監事候補用)

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26年2月15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。

平成 年 月 日

推薦者（5名以上）

（ ） 病院薬剤師会所属 日病薬会員番号 _____

氏名 _____ 印

（ ） 病院薬剤師会所属 日病薬会員番号 _____

氏名 _____ 印

（ ） 病院薬剤師会所属 日病薬会員番号 _____

氏名 _____ 印

（ ） 病院薬剤師会所属 日病薬会員番号 _____

氏名 _____ 印

（ ） 病院薬剤師会所属 日病薬会員番号 _____

氏名 _____ 印

様式3の2

() 病院薬剤師会所属 日病薬会員番号 _____

氏名 _____ 印

() 病院薬剤師会所属 日病薬会員番号 _____

氏名 _____ 印

() 病院薬剤師会所属 日病薬会員番号 _____

氏名 _____ 印

() 病院薬剤師会所属 日病薬会員番号 _____

氏名 _____ 印

() 病院薬剤師会所属 日病薬会員番号 _____

氏名 _____ 印

() 病院薬剤師会所属 日病薬会員番号 _____

氏名 _____ 印

() 病院薬剤師会所属 日病薬会員番号 _____

氏名 _____ 印

() 病院薬剤師会所属 日病薬会員番号 _____

氏名 _____ 印

() 病院薬剤師会所属 日病薬会員番号 _____

氏名 _____ 印

() 病院薬剤師会所属 日病薬会員番号 _____

氏名 _____ 印

様式5

承 諾 書

(監事候補用)

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26年2月15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。