

(令和4・5年度用)

# 立 候 補 届

## (会長候補用)

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。

# 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 (西暦) \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ : (西暦) \_\_\_\_\_ 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役員歴  
(日本病院薬剤師会および都道府県病院薬剤師会部員、委員歴も記載可能)

年 月  
:  
:  
:  
:  
:  
:

# 推薦書

## (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。

年 月 日

推薦者（正会員5名）

( ) 病院薬剤師会所属 日本病院薬剤師会会員番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

( ) 病院薬剤師会所属 日本病院薬剤師会会員番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

( ) 病院薬剤師会所属 日本病院薬剤師会会員番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

( ) 病院薬剤師会所属 日本病院薬剤師会会員番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

( ) 病院薬剤師会所属 日本病院薬剤師会会員番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

# 趣 意 書

立候補者氏名	
所 属	

会長候補立候補にあたっての所信および抱負

\*MS明朝12フォント、文字数800字程度で記載してください。