

(令和4・5年度用)

立 候 補 届

(副会長候補用)

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、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。

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

(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。

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	

副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。