

様式 1 - 1 (立候補届)

立 候 補 届

高知県病院薬剤師会選挙管理委員会 御中

ふりがな

氏 名 _____ ㊟

施設名 _____ (部署 _____)

高知県病院薬剤師会役職 _____

病院、診療所、介護保険施設勤務年数 _____ 年

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生 (_____ 歳)

卒業大学 _____ 大学 _____ 年卒業

会員番号 _____

私は日本病院薬剤師会の定款・定款細則を確認の上、日本病院薬剤師会総会の議決に責任を持つことを誓約し、日本病院薬剤師会代議員選挙に立候補いたします。