

[別紙 2 - 1 候補者推薦届出書の様式]

候補者推薦届出書

被推薦者氏名：

上記の者を公益社団法人福岡県薬剤師会総会 候補者として推薦
いたしますので、必要書類を添えてお届けいたします。

年 月 日

推薦者（代表）氏名 ①

（ほか 人）

住 所（〒 ）

所 属 薬剤師会

公益社団法人福岡県薬剤師会総会議長 殿

- [注] ① 推薦者の代議員氏名は代表 1 人ですが 2 名以上の推薦者が必要です。他の推薦者は氏名、住所、所属地区または職域薬剤師会名を記入して捺印した名簿を添付してください。
- ② 別紙 3 の承諾書及び別紙 4-1(議長候補用)又は 4-2(議長候補用)の添付がないと受け付けられません。

[別紙 2 - 2 候補者推薦届出書 推薦者(代議員)名簿の様式]

(No.)

議 長 副議長	候補者： _____ 推薦名簿 推薦者（代表）氏名： _____
住所（〒 _____ ） 所属 _____ 薬剤師会 氏名 _____ 印	
住所（〒 _____ ） 所属 _____ 薬剤師会 氏名 _____ 印	
住所（〒 _____ ） 所属 _____ 薬剤師会 氏名 _____ 印	
住所（〒 _____ ） 所属 _____ 薬剤師会 氏名 _____ 印	