

[別紙6-1 候補者推薦取下届出書の様式]

候補者推薦取下届出書

被推薦者氏名：

上記の者を公益社団法人福岡県薬剤師会 候補者として推薦いたしましたが、都合により推薦を取り下げますのでお届けいたします。

なお、候補者の承諾を得ていることを申し添えます。

年 月 日

推薦者（代表）氏名： ㊟

（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 推薦者氏名は推薦届出書の推薦者代表を代表とし、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。ただし急を要する場合で、被推薦者の取下同意が確認できたときは、代表者だけでも認められることがあります。
- ② 推薦取下届出書にかぎり、急を要する場合で印鑑をお持ちでないときは、署名だけでも結構です。

