

公益社団法人 福井県診療放射線技師会

理事選挙 立候補届

公益社団法人福井県診療放射線技師会
選挙管理委員長 殿

私は、公益社団法人のための平成 ・ 年度福井県診療放射線技師会理事選挙に立候補いたします。

つきましては、下記のとおり立候補届を提出いたします。

記

会員番号 _____ 氏名 _____

生年月日 昭和・平成 年 月 日 (満 歳)

勤務先 _____

勤務先住所 郵便番号 _____

勤務先電話番号 _____

自宅住所 郵便番号 _____

自宅電話番号 _____

以上

届出日 令和 年 月 日

自署 _____ 印

立候補者氏名_____

理事立候補届には、推薦人 5 名が必要となります。推薦人は福井県診療放射線技師会会員に限ります。

※推薦人の会員番号および氏名をご記入し捺印して下さい。

推薦人

会員番号 () 氏名 _____ 印

会員番号 () 氏名 _____ 印

会員番号 () 氏名 _____ 印

会員番号 () 氏名 _____ 印

会員番号 () 氏名 _____ 印