公益社団法人福井県診療放射線技師会

監事選挙　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、公益社団法人福井県診療放射線技師会のための
令和８・９年度福井県診療放射線技師会監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　〒＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

以上

届出日　令和　　年　　月　　日

自署　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

立候補者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

監事立候補届には、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