

茨城県南歯科医師会役員推薦候補届

1. 立候補しようとする職名

1. 立候補者の氏名

1. 立候補者の生年月日

1. 立候補者の住所

1. 立候補者の診療所名および所在地

診療所名

診療所所在地

年 月 日

推薦人氏名 ㊟

推薦人氏名 ㊟

(拇印は認められません)

茨城県南歯科医師会選挙管理委員長 殿

推薦趣意書

年 月 日

推薦人氏名 ⑩

推薦人氏名 ⑩

(拇印は認められません)

承諾書

来る 月 日執行される茨城県南歯科医師会役員選挙にあたり推薦により

..... に立候補することを承諾いたします

年 月 日

推薦候補者指名 ⑩

(拇印は認められません)

茨城県南歯科医師会選挙管理委員長 殿

