

会長予備選挙 立候補の届出を致します。

20 年 月 日

立候補者氏名 _____ 印

立候補者住所 _____

診療所名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生 (満 _____ 歳)

会員歴 _____ 年 _____ 月 _____ 日 入会

略歴 (大学卒業より現在まで、主に府歯、西区歯科医師会を中心に2段、12行以内)

_____ 年	_____ 年
_____ 年	_____ 年
_____ 年	_____ 年
_____ 年	_____ 年
_____ 年	_____ 年
_____ 年	_____ 年

現在の本会の役職 _____ なし・

推薦者 (次期業務執行理事候補者5人以上を含めて10名以内、自署あるいは押印をお願いします)

(*現在の役職名を記入) (*現在の役職名を記入)

氏名 _____ 印 府歯役職名 _____ なし・ 地区役職名 _____ なし・

氏名 _____ 印 府歯役職名 _____ なし・ 地区役職名 _____ なし・

氏名 _____ 印 府歯役職名 _____ なし・ 地区役職名 _____ なし・

氏名 _____ 印 府歯役職名 _____ なし・ 地区役職名 _____ なし・

氏名 _____ 印 府歯役職名 _____ なし・ 地区役職名 _____ なし・

氏名 _____ 印 府歯役職名 _____ なし・ 地区役職名 _____ なし・

氏名 _____ 印 府歯役職名 _____ なし・ 地区役職名 _____ なし・

氏名 _____ 印 府歯役職名 _____ なし・ 地区役職名 _____ なし・

氏名 _____ 印 府歯役職名 _____ なし・ 地区役職名 _____ なし・

氏名 _____ 印 府歯役職名 _____ なし・ 地区役職名 _____ なし・

立候補趣意書

立候補者 氏名 _____ 印 _____

受理確認用連絡先

(届出受理の確認メールをお知らせしますので必ず
ご記入ください)

立候補者氏名

メールアドレス

_____ @ _____