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令和6・7 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						
勤務先電話者	番号						
自宅住所	郵便番号						
自宅電話番号	<u>크.</u> ブ						以上
	届出日 令和		年	月	日		
	自署				印		

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	- -
会員番号	()	氏名	斯 _
会員番号	()	氏名	<u></u> fi.
会員番号	()	氏名	<u></u> 軒
会員番号	()	氏名	印