規則第７条第１項第１号・第８条第１項・規程第３条関係（ｶ様式1）

**監事候補者立候補届**

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）  候補者氏名 |  |
| 勤務先住所 |  |
| 勤務先名称 |  |

上記のとおり、下記の書類を添えて監事候補者に立候補の届出をします。

　　（西暦）　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　会員氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　一般社団法人埼玉県病院薬剤師会

　　　　選挙管理人　　様

　　　　　　　　　　　　　　　記

　　　　　（１）推薦書（推薦人1名以上の記名捺印を含んだ推薦書）

　　　　　（２）内諾書（施設長の承諾書）

　　　　　（３）承諾書（被推薦人の承諾書）

　　　　　（４）略歴書（被推薦人の略歴）

規程第３条関係（ｶ様式1-①）

**推　　薦　　書**

（西暦）　　　年　　　月　　　日

　一般社団法人埼玉県病院薬剤師会

　　　　　　　　　選挙管理人　様

　　　　被推薦者所属施設名：

　　　　被推薦者氏名：

私たちは、　　　　　　　氏を、監事候補者としてふさわしい者として推薦します。

推薦者（会費を完納している正会員１名以上の記名捺印）

1.　　施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　印

2.　　施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　印

3.　　施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　印

規程第３条関係（ｶ様式1-②）

**内　　諾　　書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（西暦）　　　年　　　月　　　日

　　一般社団法人埼玉県病院薬剤師会

　　　　　　　　　　選挙管理人　様

　施設住所

　　　　　　　　　　　　　　　施 設 名

　　　　　 職　　名

　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名 　 印

　当施設の次の者が、一般社団法人埼玉県病院薬剤師会の監事候補者となることを内諾します。

　　　　　　　氏　　名：

規程第３条関係（ｶ様式1-③）

**承　　諾　　書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（西暦）　　　年　　　月　　　日

　　一般社団法人埼玉県病院薬剤師会

　　　　　　　　　　選挙管理人　様

　施設住所

　　　　　　　　　　　　　　　施 設 名

　　　　　 職　　名

　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名 　 印

　私は、一般社団法人埼玉県病院薬剤師会の監事立候補者として別紙推薦書による推薦を受けましたので、このことについて承諾します。

規程第３条関係（ｶ様式1-④）

**略　　歴　　書**

（西暦）　　　年　　　月　　　日

　　一般社団法人埼玉県病院薬剤師会

　　　　　　　　　　選挙管理人　様

　　　　　　　　　　　　ふりがな

　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　（生年月日：　　　　　年　　　月　　日生　満　　　歳）

　現　住　所

　勤務先住所

　勤務先名称

　厚生労働省薬剤師名簿　登録年月日：　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　登録番号：　　第　　　　　　　　　号

　一般社団法人埼玉県病院薬剤師会入会年月　：　　　　　　　年　　　月

　学　歴：　　　　　年　　　月

　職　歴 年　　　月

年 月

　一般社団法人埼玉県病院薬剤師会及び関連団体役員歴

　　　　　　　　　　年　　　月

年　　　月

（註）学歴、職歴、役員歴は適宜書き加え添付してよいこととする。