役員選挙立候補者推薦届

推薦する役員の種類	理事・監事（いずれかに○）		
ふりがな 候補者氏名		性別	男・女
住所（自宅）			
勤務先施設名			
勤務先所在地			
勤務先電話番号			
生年月日	昭和 平成　年　月　日（　歳）		

上のとおり推薦届出をします。

本人同意　　年　　月　　日

氏名　　印

推薦人代表　住所

氏名　　印

推薦人　住所

氏名　　印

推薦人　住所

氏名　　印

推薦人　住所

氏名　　印

推薦人　住所

氏名　　印

公益社団法人　福岡県作業療法協会選挙管理委員会

委員長　藤﨑　実知子　殿

＊以下は選挙管理委員会で記入する

受付日	受付日：　月　日	正会員確認：可・不可	受付者署名
届出受理	受理日：　月　日	受理証：　月　日	受理者署名
	受理しなかった場合		

番号【　　】