

年 月 日

一般社団法人
愛媛県病院薬剤師会 御中

立 候 補 届

ふりがな

氏 名 _____ ㊟

自宅住所 _____

施設名 _____

正会員年数 _____ 年

私は愛媛県病院薬剤師会の定款・細則を確認の上、
愛媛県病院薬剤師会理事選挙に立候補いたします。