

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監事選挙に立候補いたします。