様式１－１（立候補届）

立　候　補　届

愛媛県病院薬剤師会選挙管理委員会　御中

ふ　り　が　な

氏　　名

施 設 名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（部署　　　　　　）

愛媛県病院薬剤師会役職

病院、診療所、介護保険施設勤務年数　　　　　　　　年

生年月日　　　　　年　　　月　　　日　生　（　　　歳）

卒業大学　　　　　　　　大学　　　　　　年卒業

会員番号

私は日本病院薬剤師会の定款・定款細則を確認の上、日本病院薬剤師会総会の議決に責任を持つことを誓約し、日本病院薬剤師会代議員選挙に立候補いたします。様式２（辞退届）

辞　退　届

愛媛県病院薬剤師会選挙管理委員会　御中

ふ　り　が　な

氏　　名

施 設 名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（部署　　　　　　）

会員番号

私は日本病院薬剤師会代議員選挙に立候補しましたが、辞退いたしますので届け出ます。