

(様式 - 2)

推薦候補届出書

(本人の承諾が必要)

公益社団法人奈良県診療放射線技師会役員選挙規程に基づき下記により候補者を推薦いたします。

記

推薦する役職名 _____

推薦候補者名 所属施設名 _____

氏 名 _____

推薦理由

推薦者名	①所属施設名	氏名	(歳)
	②所属施設名	氏名	(歳)
	③所属施設名	氏名	(歳)
	④所属施設名	氏名	(歳)
	⑤所属施設名	氏名	(歳)
	⑥所属施設名	氏名	(歳)
	⑦所属施設名	氏名	(歳)
	⑧所属施設名	氏名	(歳)
	⑨所属施設名	氏名	(歳)
	⑩所属施設名	氏名	(歳)

年 月 日

公益社団法人奈良県診療放射線技師会
選挙管理委員会殿

(以下選管記入欄)

受領日

年 月 日

印

受領者氏名印

未納・納入済

会費納入状況

適・不適

資格