様式１−２

立　候　補　届

（監事候補者選挙用）

　　年　　月　　日

一般社団法人日本医療薬学会

　役員候補者選挙管理委員会　御中

私は、一般社団法人日本医療薬学会役員候補者選出規程第9条及び第10条に基づき、2024-2025年度監事候補者選挙に立候補しますので、所定の書類を添えて届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 立候補者氏 名（自署） | フリガナ |  |
|  |
| 生年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 生　（ 満　　　　歳 ） |
| 勤務先 | フリガナ |  |
| 施設名 |  |
| 所在地 | 〒 |  | 都道府県 |  |
|  |
| 所属部署 |  | ＴＥＬ |  |
| E-mail |  |
| 医療薬学会関係 | 会員番号 |  | 指導薬剤師＊1 | 医療薬学　がん　薬物療法 |
| 入会年度 | 年 | 専門薬剤師＊1 | 医療薬学　がん　薬物療法　地域薬学 |
| 代議員(評議員)就任期間 | 　　　年　～　 　　　年（通算　　年間） |
| 所属区分 | 【　病院　　大学　　薬局　　その他（製薬企業、行政等）　】 主たる勤務先区分を選択し○(マル)で囲む（病院・大学・薬局以外はその他を選択） |

＊1 認定を受けている指導薬剤師、専門薬剤師資格の領域名を〇（マル）で囲んでください

注) ご記入いただいた情報のうち、氏名、勤務先、入会年度に基づく会員歴（年）、指導薬剤師、専門薬剤師の有無および本学会代議員(評議員)就任期間（年）は、投票時の参考情報として会員に開示されますのでご了承ください。

　様式２−２

推　薦　書

（監事候補者選挙用）

　　年　　月　　日

一般社団法人日本医療薬学会

　役員候補者選挙管理委員会　御中

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 会員番号 |
| 被推薦者氏　名 |  |  |
| 勤務先 |  |

私達は、一般社団法人日本医療薬学会役員候補者選出規程に基づき行われる、2024-2025年度監事候補者として、上記の方が適任と考えますので推薦いたします。

推薦者氏名（５名）

一般社団法人日本医療薬学会　2023-2024年度代議員

|  |  |
| --- | --- |
| 推薦者氏名（自署） | 会員番号 |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 推薦者氏名（自署） | 会員番号 |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 推薦者氏名（自署） | 会員番号 |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 推薦者氏名（自署） | 会員番号 |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 推薦者氏名（自署） | 会員番号 |
|  |  |

　　　　　　　　　※１名の代議員が推薦可能な監事候補者は１選挙につき２名以内とする