公益社団法人青森県診療放射線技師会役員選任規程　様式２　　　　　選管受付No.

平成　　　年　　　月　　　日

**候　補　者　推　薦　届**

1. 会員番号
2. 候補者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　年齢　　　歳
3. 候補者勤務先　　　　　　　　　　　　　TEL　　―　　―
4. 立候補の種別

上記候補者を下記により推薦し届出ます

**推　薦　者　名　簿**

1. 会員番号
2. 推薦者氏名　　　　　　　　　　　　　印

注：自筆署名捺印のこと（氏名ゴム印・拇印は不可）

**被推薦者承諾書**

平成　　　年　　　月　　　日

上記のとおり推薦されましたので、これを承認いたします

　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　印

　公益社団法人　青森県診療放射線技師会

　選　挙　管　理　委　員　長　殿