一般社団法人日本臨床腫瘍薬学会

2024・2025年度代議員選任選挙

推薦書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 候補者氏名 |  | | |
| 推薦人（正会員） | | | |
| **署名（自署）**  **又は　記名押印** | | 署名年月日 | 会員番号 |
| 印 | | 年　月　日 |  |
| 印 | | 年　月　日 |  |
| 印 | | 年　月　日 |  |

※推薦人になるにあたっては、**署名（自署）又は記名押印**が必要となります。

※推薦人は**正会員**であることが必要です。

※候補者は本様式**原本**を届け出てください。

※**複数の候補者の推薦人になることはできません。**

※印鑑は明瞭に押してください。

※本様式の届け出に際して、複数枚に分けて提出していただいても構いません。