

(一社) 静岡県臨床衛生検査技師会
役員候補者選考委員長

_____様

役職名 _____

会員番号 _____

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年齢 _____ 才

上記のとおり推薦いたしますので届け出ます。

_____ 印	_____ 印	_____ 印
_____ 印	_____ 印	_____ 印
_____ 印	_____ 印	_____ 印
_____ 印	_____ 印	_____ 印
_____ 印	_____ 印	_____ 印

平成 年 月 日

推薦責任者 会員番号 _____

住 所 _____

氏 名 _____ 印