

所属都道府県：_____

※ 所属都道府県は代議員選挙に関するお知らせのハガキに記載されている都道府県を記入してください。

西暦： 年 月 日

公益社団法人日本母性衛生学会
選挙管理委員長 殿

代 議 員 立 候 補 届

私儀、定款及び定款施行細則、代議員選挙規程に基づき公益社団法人日本母性衛生学会代議員に立候補させていただきたく本日書面をもって届出いたします。

自筆署名 _____

勤務先 _____

勤務先役職 _____

職 種 _____

生年月日 _____ 西暦： 年 月 日

* ご記入いただいた個人情報取扱いは充分注意し、他の目的には使用いたしません。

下記の項目の記入をお願いいたします。

連絡先住所 〒

連絡先 TEL : FAX :

E-mail :

立候補届送付先 〒103-0004 東京都中央区東日本橋 1-3-3 TYDビル6F
公益社団法人日本母性衛生学会 選挙管理委員会 行 **郵送にて受付**