年　　月　　日

**公益社団法人日本薬剤学会　代議員立候補届**

日本薬剤学会代議員候補者に　　　　　□立候補する　　　□立候補しない

※どちらかにチェックを付けてください。**「立候補しない」を選択された方は、下記の太枠のみご記入ください。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 印 | 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 性別 | 男　・　女 |
| 会員番号 | 129 - -  | 会員暦 | 年 |
| 専門分野 |  |
| 自宅 | 住所 | 〒 |
| Tel |  | Fax |  |
| Email |  |
| 所属機関 | 名称 |  |
| 役職 |  |
| 所在地 | 〒 |
| Tel |  | Fax |  |
| Email |  |
| 略歴（大学卒業以降） |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 推薦者（正会員） | A |  | 印 | B |  | 印 |
|

**※「立候補しない」を選択された方は推薦者の署名・捺印は不要です。**