**役員選挙　立候補届**

年　月　日

選挙管理委員会　御中

高知県精神保健福祉士協会規約（第4章　役員）選挙規定に基づき、下記のとおり役員に立候補します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふ　り　が　な  立候補者氏名 | |  |
| 所属  または  自宅 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな  推薦者氏名 | |  |
| 所属  または  自宅 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| ふりがな  推薦者氏名 | |  |
| 所属  または  自宅 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

　　・推薦者は１名以上必要です。2名を超える場合はこの用紙をもう1枚使用して下さい。

・ご記入頂いた情報は、当協会の役員選挙の運営に使用し、目的外の使用はいたしません。

2022.2月作成