|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な | 　 | 　 |  |
| ※立候補者氏名 | 　 | 　 |  |
| 生年月日（※満年齢） | 　 | (西暦)　　　　年　　　　月　　　　日（満　　　　歳） |
| 会員番号 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| ※勤務先名（所属機関・団体名） |  |
| ※役職 | 　 | 　 | 　 |
| 所属機関の住所 | 　 | 　 | 〒 |
| （所属機関がない場合は自宅住所） |  |
| 連絡先　□勤務先 | 　 | 　 | ℡　　　　　　（　　　　　）　　　　　　　　　　－ |
| 　　　　　 □自宅 |  | 　 | FAX　　　　　（　　　　　）　　　　　　　　　 － |
| 　 | 　 | 　 | 　 | e-mail |
| ※立候補者の属するブロック(勤務先住所地) | 　 |
| ※主な活動歴 | 　 | 　 | 　　　　　　　　 |
| （社会福祉士会での活動を含む） |
| ※立候補理由・抱負 | 　 | 裏面にご記入ください | 　 | 　 |
| ※推薦者の氏名 | 　 | 　 | 1 | 2 |
| （会員番号） | 　 | 　 | （№　　　　　　　　　　　　　　　　） | （№　　　　　　　　　　　　　）　 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 選管収受印 |  | 上記の通り、立候補を届け出ます。 |
|  |  |  |  |  |
|  | 年 月 日 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  | 氏名（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 注）ご記入情報は、本会の役員候補者選出に伴うことに使用し、目的外の使用はいたしません。 |
| 注）※印の情報は立候補者名簿に記載して公表します。 |  |  |  |
| 注）立候補者は定款第5条に規定する正会員であること。 |  |  |  |
| 注）候補者は立候補にあたり正会員2名の推薦を必要とする。 |  |  |  |

様式１

公益社団法人　大分県社会福祉士会　役員（理事）立候補届

私は、公益社団法人大分県社会福祉士会役員選出規則に基づき、2024年度改選の役員（理事）

に立候補しますので、2名の推薦書を添えて届け出ます。

|  |
| --- |
| ※立候補理由・抱負　　　　 |