様式２

公益社団法人　大分県社会福祉士会　役員（理事）選挙立候補者推薦書

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）

立候補者を推薦します。

|  |  |
| --- | --- |
| ふ り が な | 　 |
| 役員（理事）候補者氏名 |  |
| 推薦理由 |  |
|
|
|
|
|
|
| 上記の通り、推薦いたします。 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 年　　　　　　月　　　　　　日 |
| ふ　り　が　な　 | 　 |
| ※推薦者氏名（自筆署名） | 　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 推薦者の所属機関の住所 | 　 | 〒　　　　　　　- |
| （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 |
| 会員番号 | 　 | 　 | 　 |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 立候補者確認印 | 　 | 選管収受印　　 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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）推薦者は、この推薦書を立候補者へ早めに提出して下さい。 |  |  |
| 　　立候補者は、この推薦書を２名から受け取り、必ず立候補届に添付して届け出て下さい。 |
| 注）推薦者が推薦できる立候補者は１名とする。 |  |  |  |  |
| 注）推薦者が推薦できる立候補者は、本人の配偶者及び２親等内の親族以外の者とする。 |
| 注）推薦者は立候補できない。 |
| 注)立候補者確認印は必ず押印して下さい。 |  |  |  |  |