

様式1-2①

西条市歯科医師会会長選挙候補者推薦届

氏 名	
生 年 月 日	
住 所	
診 療 所 所 在 地	
診 療 所 等 名 称	

上記の者は、西条市歯科医師会会長選挙候補者として適任と認め、西条市
歯科医師会会則および選挙規則の規定により、推薦の届出をいたします。

平成 年 月 日

推薦者代表 氏 名 _____ 印
生年月日 _____
住 所 _____

推 薦 者 氏 名 _____ 印
生年月日 _____
住 所 _____

選挙管理委員長 様