監事様式4

**一般社団法人日本舌側矯正歯科学会　監事候補選挙立候補届**

令和4年　　月　　日

監事候補選挙の立候補の届出を致します

立候補者氏名（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　　印

立候補者住所

所属機関（診療所）名

生年月日　　　　　　　　年　　　月　　　日　生（満　　　歳）

会員歴　　　　　　　　　年　　　月　　　日　入会

会員番号

略歴（２段，１２行以内）

　　　　年

　　　　年

　　　　年

　　　　年

　　　　年

　　　　年

　　　　年

　　　　年

　　　　年

　　　　年

　　　　年

　　　　年

現在の本会の役職　　　　　　　　　　　　　　（役職のない場合は、なしとご記載ください）

推薦者（正会員歴５年以上であること，自署にてお願いします）

氏名　　　　　　　　　　印　所属機関名　　　　　　　　　　　　　本会役職名

氏名　　　　　　　　　　印　所属機関名　　　　　　　　　　　　　本会役職名

氏名　　　　　　　　　　印　所属機関名　　　　　　　　　　　　　本会役職名

監事様式5

**一般社団法人日本舌側矯正歯科学会　監事立候補趣意書**

　　　　　立候補者　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（200字以内）

監事様式6

**立候補届受理確認用連絡先**

（届出受理の確認メールを事務局よりお知らせしますので必ずご記入ください）

立候補者氏名

メールアドレス　　　　　　　　　　　＠