

任期期間：平成26年度～平成28年

様式1

監事立候補届

平成26年 月 日

公益社団法人兵庫県聴覚障害者協会 選挙管理委員会 殿

ふりがな

氏名 _____ 印

生年月日 T・S・H 年 月 日 生 (男・女) (歳)

現住所 〒 _____
(FAX — —)

ふりがな

勤務先 _____

同所在地 〒 _____
(FAX — —)

写真貼付欄

1. 縦 36～40mm
横 24～30mm
2. 本人単身胸から上
3. 裏面のりづけ

学歴・職歴 (格別にまとめて書く)

年 月

年 月

年 月

年 月

年 月

活動歴

年 月

年 月

年 月

年 月

年 月

推 薦 書

公益社団法人兵庫県聴覚障害者協会
選挙管理委員会 殿

ふりがな

被推薦者氏名 _____

私達は公益社団法人兵庫県聴覚障害者協会役員選挙規程に基づき、平成26年5月31日
に行われる選挙にあたり、上記の者を監事候補に適任と認め連署を以て推薦します。

平成26年 月 日

推薦者（20名）

公益社団法人兵庫県聴覚障害者協会 住所
氏名 _____ 印

