

代 議 員 推 薦 候 補 承 諾 書

私は、推薦者の方からの推薦を受け、代議員候補となることを承諾します。

推薦者氏名： 氏 （OT 協会番号 ）

推薦者所属：

OT 協会番号	
(ふりがな) 氏 名	
所属ブロック	Aブロック（政令指定都市：横浜市、川崎市、相模原市） Bブロック（政令指定都市以外の市町村） ※注意： どちらかに○を付けて下さい。 1.県内で勤務または大学院に在籍している正会員は所属施設の所在地を優先して下さい。 2.自宅会員は住まいの市町村に準じて下さい。
所属先施設名	
所属先所在地 (自宅会員は自宅住所)	(〒 -)
メールアドレス	
日中連絡が取れる 電話番号	

※上記の個人情報は、県士会の活動以外では利用いたしません。

※ご同意いただけましたら下記□にレ点をご記入の上、署名捺印をお願いします。

☐ 個人情報の取り扱いに同意します。

年 月 日

氏 名 印

一般社団法人 神奈川県作業療法士会 選挙管理委員会
委員長 廣瀬 智哉 様

※ 以下は、選挙管理委員会で記入する

地区【 】 受理番号【 】

届出の到着	到着日： 月 日
届出の受理	受理日： 月 日
受理に関する手続き	<input type="checkbox"/> 不備の確認 <input type="checkbox"/> 受理証の送付