

# 推薦書

(診療施設代議員候補者用)

2024年 月 日

所属支部名：( ) 支部

公益社団法人日本口腔外科学会  
代議員選挙管理委員会 殿

推薦者氏名 (自筆)： 印

勤務先：

同所在地：〒

※ 本学会入会年月日 (会員番号)： 年 月 日 ( )

私は、公益社団法人日本口腔外科学会定款第12条及び第14条、定款施行細則第4章、並びに代議員選挙及び補欠代議員選挙規則に基づく代議員選挙にあたり、下記の者を代議員候補者として適任と認め、**本書面に被推薦者の承諾書を添えて**推薦します。

記

被推薦者氏名：

勤務先：

同所在地：〒

生年月日 (年齢)： 年 月 日 ( 歳)

※ 本学会入会年月日 (会員番号)： 年 月 日 ( )

※ 専門医資格取得年月日： 年 月 日

- (注) ①年月日は西暦で記載願います。  
②推薦者の方は立候補できませんのでご注意ください。  
③※印について、不明な場合は空欄で結構です。