

承諾書

(大学施設代議員候補者用)

2024年 月 日

選出母体大学名及び講座（診療科）名：（ ）

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

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、本学会正会員
_____ 氏の推薦により代議員候補者となることを承諾します。

ふりがな

氏名（自筆）：

印

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※印について、不明な場合は空欄で結構です。