

秘

## 一般社団法人日本臨床スポーツ医学会 監事立候補届

氏名 生年月日 19 年 月 日生

※自筆での署名をお願い申し上げます。

所属 役職

主とする診療領域 ※別紙「ベーシック領域」より1つ選択し、記号と領域の両方の記入をお願い致します

記号: 領域:

連絡先住所(自宅・勤務先) 〒 ー

連絡先電話番号 FAX

E-mail

入会年月日: 年 月 日

本学会における活動歴(入会年も含め、代表的なものを1つ)

## 推薦人

※ 推薦人は、立候補者本人以外の理事2名又は代議員5名に限ります。理事及び代議員はそれぞれ2名まで、監事立候補者を推薦できます。

① (代議員・理事)

※自筆での署名をお願い申し上げます。

② (代議員・理事)

※自筆での署名をお願い申し上げます。

③ (代議員)

※自筆での署名をお願い申し上げます。

④ (代議員)

※自筆での署名をお願い申し上げます。

⑤ (代議員)

※自筆での署名をお願い申し上げます。

上記の代議員を一般社団法人日本臨床スポーツ医学会監事に推薦いたします

本情報は個人情報保護法の精神に基づき、日本臨床スポーツ医学会の監事立候補者確認以外に用いることはありません