**立候補　届出**

【 　施設長 　】

※立候補の必要条件：臨床指導医であること（公益社団法人日本口腔インプラント学会の規定により）。

■候補者（自薦）

|  |
| --- |
| （氏名） |

■候補者（他薦）

|  |
| --- |
| （氏名） |

※他薦の場合、推薦者の方は以下に氏名をご記入願います。

●推薦者

|  |
| --- |
| （氏名） |

【 　会　長 　】

■候補者（自薦）

|  |
| --- |
| （氏名） |

■候補者（他薦）

|  |
| --- |
| （氏名） |

※他薦の場合、推薦者の方は以下に氏名をご記入願います。

●推薦者

|  |
| --- |
| （氏名） |



【 　監　事　 】

■候補者（自薦）

|  |
| --- |
| （氏名） |

■候補者（他薦）

|  |
| --- |
| （氏名） |

※他薦の場合、推薦者の方は以下に氏名をご記入願います。

●推薦者

|  |
| --- |
| （氏名） |

【 　その他　役員　 】

●該当する役職に「○」を付けて下さい。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 副会長 | 参　与 | 相談役 | 専務理事 | 理　事 |

■候補者（自薦）

|  |
| --- |
| （氏名） |

■候補者（他薦）

|  |
| --- |
| （氏名） |

●推薦者 ※他薦の場合、推薦者の方は以下に氏名をご記入願います。

|  |
| --- |
| （氏名） |