社團法人宜蘭縣藥師公會第廿二屆理監事參選人推（自）薦表

填表日期：　　年　　月　　日

□推薦表　□自薦表			
□ 理事參選人　　□監事參選人		參選藥師姓　　名	
通訊地址	□□□　縣市　鎮市區鄉　路街　段　巷　弄　號　樓之		
執業場所		職　稱	
聯絡電話		手　機	
E - m a i l			

參選人簡歷

曾參與相關社團服務經歷（請填寫單位/職稱/屆別或服務年資）

推薦人簽名	1. 2. 3. 4. 5. ※多人同時推薦時，敬請填寫同一張表格。 ※本欄位若為自薦參選者免填寫。	本人同意成為社團法人宜蘭縣藥師公會第廿二屆理、監事參選人；若經當選，必依本會章程履行理、監事職責，並以犧牲、奉獻和熱忱服務之心協助會務運作、積極參與各項會議、義務配合公會宣導活動及業務推展事宜。 參選人簽名： （參選人親自簽名）
備註	1. 推薦人、被推薦人及自薦人均需為本會有效會員，參選人務必簽名同意參選。 2. 為免日後爭議，請親送、掛號郵寄本會，或於寄出三日後向本會查詢是否收到。	