社團法人宜蘭縣藥師公會第廿四屆理監事參選人推（自）薦表

填表日期：107 年 12 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　市鎮區鄉　路街　段　巷　弄　號　樓之			
執業場所		職　稱	☐藥局負責人　☐受聘/管理藥師	
聯絡電話		手　機		
E - m a i l			Line ID	

同意參選簽名

本人同意成為社團法人宜蘭縣藥師公會第廿四屆理、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。

參選人親自簽名：

推薦人簽名	※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。**

☑參選人已詳閱個人資料保護法，並同意授權社團法人宜蘭縣藥師公會第廿四屆理監事選舉使用。
※為將參選人全名、執業地點等資訊印製選票，必須同意本表格內個人資料使用之授權。

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。