（公社）日本口腔インプラント学会認定施設/認定再生医療等委員会 一般社団法人東京形成歯科研究会

通　知

**一般社団法人東京形成歯科研究会**

**「施設長」「会長」「監事」及び「その他役員」**

**立候補者募集の件**

**〔　送信枚数：　3枚（本状含む）　〕**

**（一社）東京形成歯科研究会　会員　各位**

平成29年2月17日

　〒114-0002　東京都北区王子2-26-2

ウェルネスオクデラビルズ3F　オクデラメディカル内

一般社団法人東京形成歯科研究会

事務局　　押田　浩文

T.03-3919-5111／F.03-3919-5114／E-mail：okudera@carrot.ocn.ne.jp

前略

一般社団法人東京形成歯研究会の「施設長」「会長」及び「監事」職の改選時期となり、定款の規定により、自薦他薦を問わず、「施設長」「会長」及び「監事」の候補者を募集いたします。

別紙（本状含め2・3枚目）「立候補届出」の必要事項を記載の上、下記・送信先までお申込下さい。

また、その他「役職」の候補者も同時に募集します。

立候補の届出を受けて、3月12日（日）開催の「役員会」で協議し、4月23日（日）開催の総会で承認となる予定でございます。

草々

**■立候補届出**

**〇送信（届出）先**

→　E‐mail：okudera@carrot.ocn.ne.jp

または、

→　FAX　　：03‐3919‐5114

**〇送信（届出）期日**

2017年3月3日（金）正午

**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） |