（様式２）

**公益社団法人福岡県社会福祉士会 理事立候補者推薦書**

私は、(公社)福岡県社会福祉士会役員選出規則に基づき、２０２４年度改選の会員理事の立候補者を推薦します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 推薦する立候補者氏名 |   |  |

 推薦理由

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ★立候補者受取印 |  | 上記のとおり、推薦いたします。２０２４年　月　日 |
|  | 推薦者自宅住所地 |  県 |
|  |  市 区 |  郡 町 |
|  |  |  |
| 選挙管理委員会確認印 |  | 推薦者氏名**（自署）** | ふりがな（　　　　　　　　　） | 会員番号 |
|  | No. |
|  |
|  |  | 推薦者印 |

【注】推薦者は、この推薦書を立候補者へ早めにお渡しください。立候補者は、推薦書を３人から受け取り、「★立候補者受取印」欄に必ず捺印し、必ず立候補届に推薦書３枚を添付して届け出てください。「★立候補者受取印」の無いものは無効