

推薦書

被推薦者氏名

令和8年6月20日施行の役員等の選任にあたり、
上記の者を公益社団法人鳥取県医師会の []
候補者として推薦致します。

推薦者の氏名	推薦者の 所属地区医師会	推薦者の住所

※立候補の届出には、会員3名以上10名以内の推薦が必要です。