

令和5年3月28日

正会員各位

青森県病院薬剤師会
選挙管理委員会

日本病院薬剤師会代議員、予備代議員の選挙について（公示）

平素より青森県病院薬剤師会にご高配を賜り御礼申し上げます。

日本病院薬剤師会代議員選挙、予備代議員選挙を選挙規約第1条に基づき下記の通り実施しますのでお知らせ致します。

記

1. 選挙の目的

令和5・6年度の日本病院薬剤師会代議員、予備代議員を選出するため
(任期：令和5年7月1日～令和7年6月30日)

2. 代議員、予備代議員の職務

代議員：本会代表として日本病院薬剤師会総会の各議案に責任を伴う議決を行う
予備代議員：代議員が任期中に欠けた場合に代議員として補充される

3. 代議員、予備代議員の報酬

代議員、予備代議員共に無報酬

4. 定数

代議員：1名 予備代議員：1名

5. 選挙権者・被選挙権者

令和5年3月31日現在、会費を納入した日本病院薬剤師会及び本会正会員である者
(病院、診療所、介護保険施設に籍を有する者に限ります)

6. 立候補手続

立候補に必要な書類を選挙管理委員会事務局に請求し、必要事項を記載の上、立候補期間内に選挙管理委員会事務局に直接または郵送により届け出て下さい（必着）。

立候補書類請求の際には「日本病院薬剤師会定款・定款細則」を必ず確認して下さい。

立候補者が定数に満たない場合は本会会長が選定します。

7. 立候補期間

令和5年4月3日（月）～令和3年4月19日（水）必着

8. 立候補者の公示

立候補に必要な書類を確認した後、令和5年4月24日頃に本会ホームページで公示する予定です。

9. 当選者の決定（投票）

令和5年5月20日（土）に開催予定の青森県病院薬剤師会総会にて行います。
立候補者が定数に満たない場合は、投票を行いません。

10. 当選者の公示

令和5年5月22日頃に本会ホームページで公示する予定です。

11. 照会先・提出先

〒031-8555 青森県八戸市田向3丁目1-1
八戸市立市民病院 薬局内
青森県病院薬剤師会 選挙管理委員会事務局

TEL : 0178-72-5111（内1420）

（注1） 郵送により届け出る場合は、封筒に「選挙関係書類在中」と朱書する。

（注2） 青森県病院薬剤師会選挙規約は次頁に掲載する。

青森県病院薬剤師会 会長及び代議員 細 則

選挙規約

- 第1条 選挙の期日は40日前までにこれを告示しなければならない。
- 第2条 立候補しようとする会員は、総会開催日の30日前までに、文書により事務局に届け出なければならない。
2. 前項の文書には、立候補しようとする会員の住所、氏名、所属病院名又は診療所名、所属施設名を記載し、署名捺印しなければならない。
 3. 会員が他の会員を推薦しようとする時は、前条の日時までに、候補者の承諾書を添え、文書をもって選挙管理委員会委員長に届け出なければならない。
- 第3条 選挙管理委員会委員長は立候補届を締め切り後速やかに会員に告知しなければならない。
- 第4条 選挙は、立候補を届け出た会員（以下「立候補者」という。）について、総会に出席した正会員の無記名投票により行う。
- 第5条 各選挙において、立候補者のうち得票数の高い順に定数までを、当選者とする。ただし、会長については、総得票数の過半数を必要とし、得票数が過半数に満たない時は、次点者と決選投票を行う。
- 第6条 立候補者の数が当該選挙の定数を超えないときは、選挙を行わずに、当該立候補者を当選者とすることができる。
- 第7条 選挙権及び被選挙権は、会費を完納している青森県病院薬剤師会の正会員のみが有する。

附 則

1. 本細則は、平成23年7月1日より施行する。
2. 平成23年9月1日 一部変更

青森県病院薬剤師会 代議員立候補届

青森県病院薬剤師会
選挙管理委員会 殿

私は、日本病院薬剤師会定款・定款細則を確認の上、日本病院薬剤師会総会の議決に責任を持つことを誓約し、令和5・6年度の日本病院薬剤師会代議員選挙に代議員として立候補を致します。

ふりがな
氏名： _____ 印

会員番号： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳)

住 所： _____

施設名： _____ (部署 _____)

勤務年数： _____ 年

青森県病院薬剤師会役職： _____

届出年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

青森県病院薬剤師会 予備代議員立候補届

青森県病院薬剤師会
選挙管理委員会 殿

私は、日本病院薬剤師会定款・定款細則を確認の上、日本病院薬剤師会総会の議決に責任を持つことを誓約し、令和5・6年度の日本病院薬剤師会 代議員選挙に予備代議員として立候補を致します。

ふり がな
氏 名： _____ 印

会員番号： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 生 (_____ 歳)

住 所： _____

施設名： _____ (部署 _____)

勤務年数： _____ 年

青森県病院薬剤師会役職： _____

届出年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日