

# 令和2年度 定期総会について(お願い)

一般社団法人  
福井県臨床検査技師会

定期総会開催に当たり、委任状を含めて会員の過半数の出席がなければ成立しません。  
つきましては、下記事項をご一読のうえ、ご協力くださいますようお願い致します。

## 記

日 時 : 令和3年5月26日(水) 19:00 ~ 20:00 (受付 18:30 ~ )

場 所 : 福井県臨床検査技師会 事務所 4階ホール

### 1. 欠席される会員の方へ

- ① 委任状は施設連絡責任者を通じて期限までに技師会事務所(下記)へ **E-mailにて返信**、もしくは郵送してください。
- ② 委任する出席者が分からない場合は、空欄のまま提出してください。

### 2. 施設連絡責任者の方へ

- ① 出席票と委任状はもれなく集めてください。
- ② **5月21日(金)までに提出**してください。

### 3. 提出先(問い合わせ先)

〒918-8231 福井市問屋町1丁目10 UNIXビル

一般社団法人 福井県臨床検査技師会 事務所

**E-mail : [suisen@fukui-amt.org](mailto:suisen@fukui-amt.org)**

令和2年度 定期総会 委任状 [施設名 : \_\_\_\_\_ ]

福井県臨床検査技師会 令和2年度 定期総会の決議に関する一切の権限を\_\_\_\_\_氏に委任します。

|   | 会員番号 | 氏名 |   | 会員番号 | 氏名 |
|---|------|----|---|------|----|
| 1 |      |    | 5 |      |    |
| 2 |      |    | 6 |      |    |
| 3 |      |    | 7 |      |    |
| 4 |      |    | 8 |      |    |

令和2年度 定期総会 出席票 [施設名 : \_\_\_\_\_ ]

福井県臨床検査技師会 令和2年度 定期総会に出席します

|   | 会員番号 | 氏名 |   | 会員番号 | 氏名 |
|---|------|----|---|------|----|
| 1 |      |    | 5 |      |    |
| 2 |      |    | 6 |      |    |
| 3 |      |    | 7 |      |    |
| 4 |      |    | 8 |      |    |

★お手数ですが、記載枠が足りない場合は増枠もしくはコピーしてご利用下さい。