

令和4年度福井県臨床検査技師会定期総会について(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5年4月16日(日) 12:35~13:25 (10:00~ 受付)

場 所 : 福井大学医学部附属病院 臨床研修センター

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福臨技事務所へ郵送又は E-mail にて返信してください。
- 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 4月14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 福井県福井市問屋町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

事務局: 福井赤十字病院 検査部 猿木 邦之

E-mail suisen@fukui-amt.org

令和4年度 定期総会 委任状 [施設名: _____]

福井県臨床検査技師会 令和4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4年度 定期総会 出席票 [施設名: _____]

福井県臨床検査技師会 令和4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		

*当日は、軽食を準備いたしますので、4月14日(金)までに、提出をお願い致します。