

社團法人臺灣臨床藥學會

第十六屆補選缺額理事候選人連署表

被推薦人資料		姓名：	會員編號：	
服務單位 / 職稱：				
連署會員姓名 (正楷)	會籍號碼	服務單位	簽名或蓋章 (正本)	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
聯絡人姓名/職稱：		聯絡電話：		

- ❖ 連署推薦表填妥之後，請於 **112 年 5 月 31 日前**【郵局郵戳為憑】，以正本掛號送達本會會址：『10050 台北市中正區忠孝東路一段 150 號 4 樓 - 臺灣臨床藥學會收』
- ❖ 有效會員以 **5 月 31 日** 官網資料為準。

補選缺額理事候選人被推薦人基本資料

姓名		性別		出生日期	
身分證字號				聯絡電話	
Email信箱					
現職【限50字】					
學歷【限50字】					
經歷【限100字】					