

委任状署名会員が複数名いる場合は、本状をコピーの上、ご対応お願いいたします。

平成 29 年 6 月 1 日

会員 各位

一般社団法人日光市薬剤師会  
会長（代表理事） 和貝 益男

一般社団法人日光市薬剤師会 平成 29 年度定時総会のご案内

拝啓 向夏の候、ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、標記の件、下記の通り開催させていただきます。会員の皆様におかれましては、大変ご多忙中とは存じますが万障お繰り合わせの上、出席いただけますようお願い申し上げます。 敬具

記

開催日：平成 29 年 6 月 15 日（木）

場 所：鬼怒川温泉ホテル 日光市鬼怒川温泉滝 545 TEL：0288-77-0025

日 程：受付 18：45～

総会 19：00～

議題 第 1 号議案 平成 28 年度事業報告及び収支決算の承認の件

第 2 号議案 平成 29 年度事業計画（案）及び収支予算（案）の件

第 3 号議案 役員改選の件

懇親会 19：40～ （懇親会会費 1,000 円/1 人） （宿泊会費 5,000 円/1 人）

基本的には、全会員の出席をお願いいたします。

万一欠席の場合は、下の委任状への署名・押印をお願いいたします。

※委任状は、会員個人ごとのご提出を必要とします。

実物は後日 MS さん経由で、長谷川まで届けて下さい。

**（返信先 FAX:22-2881 長谷川まで 返信期日:平成 29 年 6 月 10 日(土)まで）**

複数会員の委任状提出の場合は、コピーで対応をお願いいたします。

**返信欄**

平成 29 年 6/15 一般社団法人日光市薬剤師会 平成 29 年度定時総会に

（あてはまるもの全てに丸印を、あてはまらないところは二重線にて消す）

総会参加 or 総会不参加

懇親会参加

宿泊希望

※ \_\_\_\_\_ 委任状 \_\_\_\_\_ ※

私儀、都合により

殿を代理人と定め、一般社団法人日光市薬剤師会平成 29 年度定時

総会関する一切の権限を委任します。

平成 29 年 6 月 日

住所：.....

氏名.....印.....