

第 37 回大分県病院学会 事前参加申込要領

1. 参加登録費用 : 1名あたり 3,000 円

2. 事前参加登録用紙の提出 *出欠票 提出期日 10/31 (木)

お手数ですがご担当者様は取りまとめ、2 頁目の連絡票に必要事項をご記入の上、事務局宛 FAX 若しくは E メール添付にてご送付下さい。事前に抄録集をお届けするご担当者様となりますので、抄録集が届きましたら該当者へ配布をお願いいたします。

3. 参加登録費のお支払 *参加費 振込期日 10/31 (木) 支払日付有効

参加人数分の参加登録料を、ゆうちょ銀行の指定口座へお振込み下さい。手数料はご負担願います。お振込が確認できましたら、必要冊数の抄録集を送付いたします。

(1) ゆうちょ銀行よりお振込みの場合 … ゆうちょ銀行備え付けの振込用紙をご利用下さい。

《振込用紙 記入手順》

- ① 記載例に従って、通信欄に必要事項の記入をお願いします。
- ② 通信欄記入の合計金額を、払込金額として記載して下さい。
- ③ 「ご依頼人」欄には団体名とご担当者様のお名前をご記入ください。
- ④ お近くの郵便局にて期日までにお振込み下さい。手数料はご負担願います。
- ⑤ お支払後の返金は出来ませんのでご了承下さい。

《振込用紙 記入例》

払 込 取 扱 票						振替払込請求書兼受領証													
口座記号番号					金額	千 百 十 万 千 百 十 円													
0	1	7	9	0	-	7	-	7	0	1	1	1	1	1					
加入者	一般社団法人大分県病院協会					料金		備考				口座		0 1 7 9 0 - 7					
					申込人数 2 人 入金金額 3,000×2 = 6,000 円					一般社団法人大分県病院協会		金額		千 百 十 万 千 百 十 円					
					住所・氏名・電話番号					金額		千 百 十 万 千 百 十 円		氏名					
										金額		千 百 十 万 千 百 十 円		氏名					
										金額		千 百 十 万 千 百 十 円		氏名					

(2) 他金融機関よりお振込みの場合の振込先

店名：一七九（読み イチナナキュウ）、店番（179）、
預金種別：当座、口座番号：0070111

一般社団法人大分県病院協会 事務局
TEL 097-540-5526 FAX 097-540-5597
E-mail : oha2@oitahospitals.jp (学会専用)

FAX : 097-540-5597 ※鑑不要
E-mail : oha2@oitahospitals.jp

申込期限 : 令和元年 10月 31日(木)

申込先 : 大分県病院協会 事務局
TEL 097-540-5526

第 37 回大分県病院学会 参加申込 連絡票 (一般)

(1) 申込者について

① 団 体 名	
② 役 職 名	
③ 氏名 (ふりがな)	
④ 送付先郵便番号	
⑤ 送付先住所	
⑥ 連絡先電話番号	
⑦ Eメールアドレス	

(2) 申込人数・振込金額について

① 申込人数	名
② 振込金額	円

(3) 通信欄

.....

.....

.....

.....

.....

.....