

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....