

申込期限：令和元年9月24日(火)

FAX：097-540-5597 ※鑑不要

E-mail：oha2@oitahospitals.jp

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

(1) 参加者について（招待冊子利用）

① 病 院 名	
② 役 職 名	
③ 氏名（ふりがな）	
④ 連絡先電話番号	

(2) 通信欄
