FAX:097-540-5597 （鑑不要）

提出期限：令和元年9月24日(火)

E-mail: ホームページをご確認下さい

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 出欠票（参加者名簿一覧表）※

※別添で貴院の参加一覧表のご提出も可能です。この出欠票と併せてご提出ください。

１．申込責任者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所 属 病 院 名 |  | |
| 学会参加について（どちらかに○） | 参加する　　　・　　　参加しない | |
| 氏名・役職若しくは職種 |  | |
| 学会当日連絡先携帯番号※ | ※参加の場合は必須 |  |

2．事前参加登録申込人数 （　　　　　　　　　）人　　　　　　　　　部門別内訳（概数で可）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医　師 | 事　務 | 看　護 | 栄　養 | 医療技術 | 社会福祉 | その他 |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 参加者名簿一覧 | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

3．弁当購入予定数　　　　　不明　　　・　　　　　　　　　個　（概数で可）

○会場準備の参考用として、予定数記入のご協力をお願いしております。

○この用紙で「弁当注文」は出来ません。同封の「…弁当引換券前購入のご案内」をご確認下さい。