

令和元年 9 月吉日

各 位

第 37 回大分県病院学会 学会長 川 眞人  
実行委員長 畑 洋一  
一般社団法人大分県病院協会役員一同（下記）

### 第 37 回大分県病院学会のご案内

時下、ますますご健勝のこととお喜び申し上げます。また、日頃より当協会活動へ格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

この度、11 月 17 日（日）開催の第 37 回大分県病院学会（於ビーコンプラザ）のプログラム概要とポスターが出来あがりましてので送らせていただきます。お目通しの上、貴校職員の皆様および貴校学生に広くご案内をいただけると幸いに存じます。

職員様もしくは学生が 1 人でも参加される場合、10 月に抄録集を招待冊子として 1 冊送らせて頂きますので、同封の連絡票にてお申し込みください。職員様も学生もどなたもご参加の予定がない場合は連絡票のご提出は必要ありません。

その他、ご不明な点がございましたら、ご連絡下さい。

#### 一般社団法人大分県病院協会 役員一同

会 長	中津市	川  眞人	川  眞人	川  眞人
副会長	別府市	畑  洋一	畑  洋一	畑  洋一
副会長	佐伯市	小寺  隆	小寺  隆	佐伯中央病院
理 事	大分市	武居  光雄	武居  光雄	諏訪の杜病院
理 事	大分市	帆秋  善生	帆秋  善生	大分丘の上病院
理 事	大分市	井野邊純一	井野邊純一	井野辺病院
理 事	大分市	秋満  忠郁	秋満  忠郁	大分循環器病院
理 事	大分市	立川  洋一	立川  洋一	大分岡病院
理 事	別府市	黒木  健次	黒木  健次	黒木記念病院
理 事	別府市	山本  記顯	山本  記顯	石垣病院
理 事	別府市	内田  明宏	内田  明宏	内田病院
理 事	宇佐市	佐藤  仁一	佐藤  仁一	佐藤第一病院
理 事	豊後高田市	瀧上  茂	瀧上  茂	高田中央病院
理 事	日田市	山本  亨	山本  亨	大分友愛病院
理 事	玖珠町	山下  太郎	山下  太郎	高田病院
理 事	竹田市	大久保健作	大久保健作	大久保病院
理 事	佐伯市	曾根  勝	曾根  勝	曾根病院
監 事	大分市	豊田  貫雄	豊田  貫雄	大分記念病院
監 事	大分市	長松  宜哉	長松  宜哉	佐賀関病院
顧 問	大分市	岡  宗由	岡  宗由	大分岡病院

## 第 37 回大分県病院学会 参加申込要領

### I. 参加登録費用

	招待冊子 (1 名)	事前・当日参加登録	抄録集購入のみ
職 員	0 円	3,000 円	—
学 生	—	0 円	1,000 円

### II. 参加人数の事前参加連絡について

#### 1. 事前参加登録用紙の提出 \*出欠票 提出期日 9/24 (火)

##### (1) 所属・申込責任者について

必要事項をご記入下さい。お手数ですがご担当者様は貴校内で取りまとめ、同封の連絡票に参加人数等の必要事項をご記入の上、事務局宛ファックス若しくはEメール添付にてご送付ください。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。

##### (2) 貴職員の参加について

ご参加いただける場合、10月下旬に申込責任者様へ招待冊子を1冊送らせて頂きますので、1名は無料でご参加いただけます。2名以上の方が参加される場合は、参加登録費として1人当たり3,000円を指定口座へお支払い下さい。振込金額に応じた冊数の抄録集を事前にお送りします。当日の受付は結構ですので、そのまま会場へお入りください。職員様が参加されなくても、学生が参加される場合は1冊抄録集をお送りします。

##### (3) 学生の参加について

学生は無料でご参加いただけます。事前に学生代表者氏名および参加予定人数の概数をご連絡下さい。学会当日に、受付にて学生代表者へ学生用の参加証をお渡しします。なお、職員様が参加されない場合でも、参加学生用に無料で抄録集を1冊お送りします。2冊目からは1冊あたり1,000円にて抄録集をご購入いただけます。振込金額に応じた冊数の学生用抄録集をお送りします。

#### 2. 参加登録費のお支払 \*参加費 振込期日 9/27 (金) 支払日付有効

参加人数分の参加登録料および学生用抄録集代金を、ゆうちょ銀行の指定口座へお振込み下さい。恐れ入りますが、振込手数料は貴校のご負担でお願いいたします。

(1) ゆうちょ銀行よりお振込みする場合 … 同封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」欄には学校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。手数料は貴校にてご負担願います。
- ⑤ お支払後の返金は出来ませんのでご了承下さい。



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

申込期限 : 令和元年 9 月 24 日(火)

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 (学校用)

※ 1 名でも参加者がいる場合のみ、ご提出下さい。

### (1) 申込責任者 (職員) について

① 学 校 名	
② 学部・学科 他	
③ 役 職 等	
④ 氏名 (ふりがな)	
⑤ 連絡先電話番号	
⑥ Eメールアドレス	
⑦ 学 会 参 加 ※	参加する ・ 参加しない (※どちらかに○を)

### (2) 他職員様のご参加について (3,000 円/人)

※参加登録費を支払う職員様のみ、氏名をご記入ください。

--	--

### (3) 学生の参加について (学生参加料 : 無料、 抄録集が必要な場合 : 1,000 円/冊)

① 学生代表者氏名	
② 参加予定人数 (概数)	人
③ 抄録集購入冊数	冊

### (4) 通信欄

.....

.....

.....

.....