FAX:097-540-5597（鑑不要）

提出期限：令和2年9月1日(火)

提出先：一般社団法人大分県病院協会 事務局 行

【 ポスター発表連絡票 】

◎下記の必要事項にご記入下さい。

① 演題番号：

　　　　　　　　　　　　　　※ローマ数字　Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳは省いてよい

② 病院名：

③ 　：

　　　　　　　　　　　※発表者変更の場合はその旨⑤にご記入下さい。

④ 学会当日に連絡のつく携帯電話番号※：

※この連絡先は目的以外に使用しません。厳正な管理のもと対応いたしますので、ご理解・ご協力の程なにとぞよろしくお願いいたします。

⑤ その他連絡事項等　※発表者の変更がある場合はその方の職種もご記入下さい。

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

《メールでご提出される場合》

　　メールに以下の内容を明記して事務局宛送信して下さい（A\*\*\*は自分の演題番号）。

〔宛先〕（事務局のアドレスをご確認下さい）

〔件名〕ポスター発表連絡票　A\*\*\*

〔本文〕②、③、④、⑤の内容