FAX:097-540-5597 （鑑不要）

提出期限：令和2年12月10日(木)

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38回大分県病院学会 参加申込・名簿一覧※

※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

|  |  |
| --- | --- |
| 会　員　病　院　名 |  |
| 氏名・役職若しくは職種 |  |
| 振 込 予 定 金 額 | 3,000円×（　　　　）名＝（　　　　　　　　　）円 |
| 振　込　予　定　日 | 月　　　　　日 |

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 | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |