記載例

FAX:097-540-5597 （

E-mail: oha2@oitahospitals.jp

提出期限：令和３年 10 月 13 日(水)

申込先：大分県病院協会 事務局　　TEL 097-540-5526

9/27 改定

第 39 回大分県病院学会 出欠票（参加者名簿一覧表）※1

※１）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

１．申込責任者

会　員　病　院　名	○○病院
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	○○○○・事務長

現地参加・WEB 参加にかかわらず参加者が１人でもいたら参加するに○を

現地参加・WEB 参加にかかわらず参加者の合計人数を

2．事前参加登録申込人数　（　7　）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
1	1	3		2		

参加者名簿一覧　※2）各自治体に現地参加人数等の報告が必要なので、現在の予定で○をご記入ください。

氏　　名	現地参加予定の場合○を※2	氏　　名	現地参加予定の場合○を※2
○○○○	現地		
△△△△	現地		
□□□□	現地		現地
◎◎◎◎	現地		現地
▽▽▽▽	現地		現地
◇◇◇◇	現地		現地
※※※※	現地		現地
	現地		現地
	現地		現地
	現地		現地
	現地		現地
	現地		現地
	現地		現地
	現地		現地
	現地		現地

申込の時点で現地会場に来る人だけ○を。
後で変更可能。